

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

POUR

No
184

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNE FORME AMNÉSIQUE PURE

DE

SYPHILIS CÉRÉBRALE

PAR

Marcel TALOT

Travail du Service de M. le Docteur Nageotte à la Salpêtrière

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

281

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N^o 184

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNE FORME AMNÉSIQUE PURE

DE

SYPHILIS CÉRÉBRALE

PAR

le Docteur Marcel TALOT

Travail du Service de M. le Docteur Nageotte à la Salpêtrière

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER | ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	LESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et compare	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

MM.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A Monsieur le Professeur CLAUDE
Professeur de Clinique des Maladies Mentales
Médecin de l'Asile Saint-Anne

*Qui m'a fait le grand honneur
de présider à la soutenance de cette
thèse.*

A mon Maître Monsieur le Docteur NAGEOTTE
Médecin de la Salpêtrière
Professeur au Collège de France

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur CHAUFFARD

Monsieur le Professeur HARTMANN

Monsieur le Docteur CAUSSADE

Monsieur le Docteur MOUTARD-MARTIN

Monsieur le Docteur BAUMGARTNER

Monsieur le Docteur HALLOPEAU

Monsieur le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE

Monsieur le Docteur DARIER

INTRODUCTION

En terminant cette thèse j'adresse d'abord tous mes remerciements à mon maître, M. le Dr Nageotte, qui après m'avoir engagé à traiter ce sujet et m'avoir encouragé de ses conseils, à bien voulu lire et approuver ce travail. Je lui exprime en même temps toute ma reconnaissance d'avoir pu, sous sa direction suivre et étudier à la consultation de son service tant de malades intéressants, en particulier tant de cas de neuro-syphilis acquise ou héréditaire.

J'adresse également tous mes remerciements à M. le Dr Wallon, médecin assistant à cette même consultation, qui m'y a dès le premier jour si cordialement accueilli et, avec qui j'ai passé depuis, bien des agréables matinées de travail. M. Wallon a bien voulu m'aider pour la présente étude de sa longue expérience psychiatrique; une observation et de nombreux détails de cette thèse sont dûs à sa complaisance.

Quoique je n'aie pas eu l'honneur d'être élève de M. le Dr Chaslin, j'ai trouvé à plusieurs reprises auprès de lui l'aide la plus précieuse et la plus bienveillante, pour laquelle je tiens à lui exprimer toute ma gratitude. Je suis redevable à M. Chaslin de deux observations : l'une empruntée à ses *Eléments de Sémiologie mentale*, l'autre se rapportant à une de ses malades de l'an dernier qu'il a bien voulu signaler à mon attention et me laisser étudier dans son service; je suis plus redevable encore à ses conseils pour la disposition et la rédaction du présent travail.

Enfin, je tiens à remercier, pour le concours si zélé que j'ai toujours trouvé en elles, les dévouées infirmières du service de M. le Dr Nageotte (Consultation Esquirol et Division Félix Voisin).

UNE FORME AMNÉSIQUE PURE

DE

SYPHILIS CÉRÉBRALE

L'étude qu'on va lire, inspirée par l'observation récente d'un malade à la Consultation de M. le Dr Nageotte, a pour objet de décrire une forme clinique spéciale de Syphilis cérébrale caractérisée par un syndrome amnésique très particulier. Ce syndrome, à la vérité, a été décrit et considéré comme une entité clinique autonome voici une dizaine d'années déjà, mais il nous a paru mériter encore une étude un peu détaillée.

Ce syndrome se présente sous la forme suivante : il s'agit d'une amnésie de fixation très intense, prépondérante, accompagnée d'une amnésie rétrograde portant sur une période plus ou moins longue. Le malade oublie au fur et à mesure tout ce qui se passe devant lui, tout ce qu'il dit et fait lui-même; il a perdu en outre une portion plus ou moins considérable des souvenirs acquis antérieurement à sa maladie, les plus récents étant toujours les plus oubliés. Le trouble de fixation est d'ailleurs de beaucoup le plus constant et le plus caractéristique. Cependant, l'intelligence et l'affectivité sont en général respectées dans une très grande mesure. Le malade se rend compte de son état, de ses oublis auxquels il s'efforce souvent de remédier en prenant des notes; il s'en attriste dans la mesure où son amnésie lui permet d'y songer; il ne montre ni incohérence, ni délire; il a conservé la faculté de comprendre, de raisonner, de juger les autres et lui-même; sa puissance d'attention n'est pas diminuée. En un mot, à part un certain degré d'apathie et d'inertie intellectuelle qui paraissent liées étroitement au déficit mnésique, les fonctions psychiques supérieures sont remarquablement épargnées.

Ce syndrome amnésique s'accompagne d'une façon à peu près

constante d'ictus épileptiformes; ces ictus sont d'ailleurs des plus fréquents dans les diverses formes de syphilis cérébrale. Mais il est intéressant de noter que, souvent l'amnésie apparaît à la suite d'un ictus ; si la relation entre ces deux faits est évidente, la nature de cette relation est d'ailleurs difficile à préciser. Remarquons seulement que l'amnésie rétro-antérograde qui succède parfois aux crises comitiales banales se présente sous une forme bien différente du syndrome que nous étudions ici. Si la période sur laquelle s'étend l'amnésie rétrograde peut parfois être considérable, l'amnésie de fixation est presque toujours limitée à la période crépusculaire qui succède à la crise; période qui dure plusieurs heures, rarement plusieurs jours; et la persistance à la suite d'un accident comitial banal d'un trouble prolongé dans la fixation des souvenirs paraît être, nous ne dirons pas sans exemple, mais absolument exceptionnelle.

Une telle amnésie évoluant, pendant des semaines et des mois, avec un minimum de trouble des fonctions psychiques supérieures se rencontre assez souvent dans certaines psychoses toxiques en particulier dans l'alcoolisme chronique où elle a été décrite par Korsakoff. Plusieurs auteurs ont été frappés par cette analogie et ont rapproché le syndrome qui nous intéresse du syndrome de Korsakoff, mais en faisant une réserve qui se présente tout de suite à l'esprit. Le syndrome de Korsakoff est constitué en effet non seulement par l'amnésie, mais encore par des illusions de la mémoire et surtout par de la fabulation. Les malades se livrent à toutes sortes de récits fantaisistes, remplissent le présent et le passé de faits imaginaires qui paraissent d'ordinaire le produit d'un délire de rêve très intense. Or aucune trace de délire de rêve ni de fabulation ne se rencontre dans les cas typiques sur lesquels notre description clinique est fondée. Il s'ensuit de là une différence importante qui doit d'autant plus être notée que le syndrome de Korsakoff classique avec confusion, fabulation et amnésie se rencontre dans certains cas rares, il est vrai, de syphilis cérébrale, tout à fait différents au point de vue clinique, de la forme amnésique pure que nous décrivons ici.

Ce syndrome amnésique diffère aussi beaucoup de l'amnésie

que produisent d'ordinaire les méningo-encéphalites syphilitiques diffuses; amnésie progressive accompagnée par un affaiblissement de toutes les facultés psychiques et aboutissant peu à peu à la perte totale de la mémoire, comme on la rencontre dans la paralysie générale. Si nous nous rappelons la remarquable intégrité chez les malades que nous étudions, du jugement et de l'auto-critique; si nous ajoutons que dans presque tous nos cas il n'existait ni tremblement, ni trouble de l'écriture, ni achoppement de la parole et que seul le signe d'Argyll Robertson avec les examens sérologiques et les commémoratifs permettait d'affirmer l'origine de la maladie, nous serons amenés à penser comme la plupart des auteurs qui ont rencontré ce syndrome qu'il s'agit d'un type clinique particulier très différent de la paralysie générale par ses symptômes et son évolution. M. Chaslin, M. Séglas, M. Claude ont insisté sur cette distinction clinique qui nous paraît tout à fait essentielle lorsqu'il s'agit des cas purs que nous avons eus seuls en vue jusqu'ici et dont nous avons réuni six observations.

Ces distinctions nécessaires une fois faites et la forme clinique qui nous intéresse bien définie, reconnaissons cependant qu'il existe des cas atypiques où un syndrome amnésique très semblable s'accompagne de divers autres symptômes adventices, empruntés précisément à la démence paralytique ou à la psychose de Korsakoff. C'est ainsi que M. Wallon a rencontré ce syndrome amnésique chez un malade qui présentait d'autre part une ébauche de délire ambitieux et plusieurs symptômes démentiels dans sa conduite. M. Chaslin vient d'observer et a bien voulu signaler à notre attention chez une malade de son service ce même syndrome accompagné par un trouble léger de la parole et un affaiblissement intellectuel considérable portant à la fois sur l'attention, l'autocritique et le jugement. Un malade de M. Vigouroux, frappé de la même amnésie, faisait en outre, continuellement de fausses reconnaissances. Un malade de M. Marchand, d'abord purement amnésique, se mit au bout de quelques temps à faire de fausses reconnaissances et à fabriquer, puis présenta postérieurement de nombreux signes de paralysie générale progressive. Nous voyons ainsi, qu'entre ces syndromes bien définis, que peut

produire la syphilis cérébrale : amnésie pure, syndrome de Korsakoff, démence paralytique, il existe aussi diverses formes intermédiaires.

Quelles sont donc les lésions qui correspondent au syndrome amnésique que nous décrivons ?

Six des cas que nous avons réunis ont été suivis d'autopsie, parmi lesquels les deux cas atypiques de M. Vigouroux et de M. Marchand. Dans un cas de M. Chaslin, la lésion était une méningo-encéphalite diffuse prédominant sur les parties antérieures et latérales du cerveau. Dans un cas de M. Séglas, on trouvait également des lésions de méningo-encéphalite prédominant dans le lobe frontal et le lobe sphénoïdal, mais il existait en outre une nodosité provenant sans doute d'une gomme en régression dans l'épaisseur de la circonvolution frontale ascendante. Dans un cas de M. Claude, il existait des lésions de méningo-encéphalite, mais disséminées et séparées par de larges zones saines ; il existait en outre deux petits foyers de ramollissement : l'un à la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante gauche, l'autre plus étendu dans la partie profonde des circonvolutions frontales droites. Dans un cas de MM. Mabilie et Pitres, les méninges et les circonvolutions paraissaient intactes à l'examen macroscopique : il existait dans la substance blanche pré-frontale, immédiatement en avant des noyaux caudés, deux cavités à peu près symétriques, chacune du volume d'une amande et paraissant constituer le reliquat d'une gomme. Dans le cas de M. Vigouroux, il existait des lésions de méningo-encéphalite diffuse avec une zone d'hémorragie-interstitielle au niveau des circonvolutions occipitales. Dans le cas de M. Marchand enfin, il existait une méningo-encéphalite diffuse avec prédominance sur les lobes frontaux.

MM. Mabilie et Pitres attachent une très grande importance à la localisation de la lésion qu'ils ont rencontrée et estiment que ces foyers développés à l'intérieur de la substance blanche ont dû produire l'amnésie de fixation en interrompant les faisceaux qui unissent le lobe préfrontal considéré par les auteurs comme un centre d'acquisition, aux régions latérales et postérieures de

l'hémisphère correspondant. Remarquons cependant que la lésion si spéciale observée par les auteurs faisait absolument défaut dans les autres cas, en particulier dans celui de M. Chaslin qui se présentait avec un aspect clinique très semblable. Concluons-en que l'explication qu'ils proposent est peut-être hasardeuse malgré sa simplicité séduisante et qu'en toute hypothèse elle ne peut s'appliquer à l'ensemble des cas.

Il semble, à la vérité, impossible dans l'état actuel de nos connaissances, de dire à quelle lésion précise il faut rapporter le syndrome amnésique en question. Tout ce que nous pouvons dire c'est qu'il correspond vraisemblablement à une forme de méningo-encéphalite assez spéciale paraissant intermédiaire à la syphilis méningée scléro-gommeuse et à la méningo-encéphalite de la paralysie générale, avec des lésions nettement plus limitées que dans cette dernière affection. Cependant le processus qui produit ce syndrome est si voisin de celui de la P. G., qu'il peut lui emprunter des symptômes et même, dans certains cas, se confondre progressivement avec elle. Quant aux lésions de syphilis cérébrale qu'on a trouvées dans plusieurs cas de syndrome de Korsakoff classique : gomme avec méningo-encéphalite diffuse (cas de Bonnet, Trénel), elles paraissent encore moins susceptibles d'être distinguées de celles que nous venons de décrire.

Nous terminons ces quelques considérations par quelques mots sur l'évolution et le diagnostic de ce syndrome amnésique. Si nous écartons les cas atypiques dont nous avons parlé, nous voyons que l'état des malades reste sensiblement stationnaire pendant une période qui se compte par mois et souvent même par années : vingt-trois ans dans le cas de MM. Mabile et Pitres. Les malades peuvent succomber brusquement à un ictus ou à une affection intercurrente sans que cette issue fatale ait été précédée par aucun changement dans leur état. Parfois, au contraire, on voit survenir quelque temps avant la fin des signes non équivoques de déchéance. C'est ainsi que le malade de M. Chaslin quelques semaines avant l'ictus qui devait l'emporter se mit à gâter en même temps que ses facultés mentales déclinaient manifestement. Le malade de M. Séglas, après sept ans

d'un état amnésique stationnaire, devint dément au cours de la dernière année qui précéda sa mort, sa déchéance mentale succéda d'ailleurs à un état de mal d'une durée de dix jours et cette démence terminale entrecoupée de nombreux ictus présentait les caractères de la démence épileptique. Dans aucun cas l'amnésie ne paraît avoir guéri, ni même s'être notablement améliorée malgré le traitement spécifique qui fut appliqué avec intensité à plusieurs malades.

La nature spécifique de ce syndrome sera d'ordinaire reconnue sans difficulté grâce à l'existence du signe d'Argyll-Robertson et aux examens sérologiques. Si on ne pouvait recourir à ces examens pour une raison quelconque et si le signe d'Argyll-Robertson faisait défaut, éventualité rare, mais possible, l'apparition d'un ictus, la constatation d'un signe accessoire de syphilis nerveuse pourraient assez souvent éclairer l'étiologie de l'affection. Enfin, dans certains cas, on pourrait être obligé de recourir aux commémoratifs et d'examiner soigneusement les antécédents du malade pour faire le diagnostic d'avec certains cas fort rares d'ailleurs d'amnésie pure d'origine toxique et certains cas d'amnésie continue consécutive à un traumatisme ou à une émotion, cas exceptionnels, mais dont il paraît exister quelques observations incontestables indépendamment de toute syphilis cérébrale.

Avant de rapporter les observations détaillées sur lesquelles repose la description clinique qu'on vient de lire, il nous paraît utile de reproduire une page tirée des Conférences prononcées par Fournier sur la *Syphilis du cerveau* et publiées en 1879, où l'auteur mentionne d'une façon malheureusement trop sommaire un cas qui paraît avoir été très semblable.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un malade qui s'étant endormi bien portant se réveilla le lendemain frappé d'amnésie. A son réveil, il avait à ce point perdu la mémoire qu'il ne se rappelait pas, à une minute d'intervalle, ce qu'il avait dit ou fait, ce qu'il venait d'entendre, les personnes qu'il venait de voir. Chaque fois qu'une personne de la maison ou de sa famille entrait

dans sa chambre, il la saluait et lui demandait de ses nouvelles comme s'il ne l'avait pas vue depuis longtemps.

Il n'avait conservé aucun souvenir des événements mémorables auxquels il avait assisté, auxquels il avait pris part, ni de la guerre de 70, ni de la catastrophe de Sedan, ni du siège de Paris, ni de la commune. Très curieux des affaires politiques, il en parlait sans cesse, demandant à tout propos où l'on en était, ce que faisaient les Chambres, ce que faisait l'empereur. Et quand on lui racontait les tristes scènes que vous savez, tout cela était pour lui chose absolument nouvelle, dont il s'étonnait chaque fois, dont il s'émouvait chaque fois jusqu'aux larmes.

Père de plusieurs enfants qu'il chérissait, il avait oublié s'il avait des enfants. Ou bien, s'il se le rappelait quelquefois, c'était pour demander combien il en avait, quels étaient leurs noms, leur âge. On lui répondait à cela dix fois par jour, et c'était toujours à recommencer.

Cet homme avait néanmoins le souvenir de nombre de faits anciens. Il racontait d'une façon précise et exacte certains souvenirs de son enfance et de sa jeunesse.

Dans ce cas ancien, nous trouvons une amnésie tout à fait conforme à notre description précédente : amnésie de fixation intense et amnésie rétrograde, paraissant avoir porté ici sur une assez longue période. L'affectivité ainsi que la spontanéité mentale paraissent avoir été remarquablement conservées puisque le malade s'inquiétait sans cesse des affaires publiques et s'attristait des mauvaises nouvelles qu'on lui en donnait.

Notons que nous ne retrouverons pas cette spontanéité chez la plupart des malades, dont nous avons déjà signalé l'apathie et l'incuriosité.

Malheureusement nous manquons de plus ample renseignement sur l'état mental de cet homme. Dans quelle mesure avait-il conservé le jugement, le sens critique, la conscience de son état? Existait-il quelque signe physique de son affection cérébrale: du tremblement, de l'embarras de la parole? Comment l'affection a-t-elle évolué? Ces lacunes et surtout l'insuffisant examen des fonctions psychiques supérieures ne permettent qu'avec de grandes réserves, malgré toutes les analogies, de classer le cas de Fournier

parmi les formes typiques dont nous allons nous occuper maintenant.

Voici d'abord un résumé de l'observation de M. Chaslin :

OBSERVATION II

L. âgé de 61 ans ayant exercé pendant longtemps la profession d'ouvrier typographe, entre à Bicêtre, le 29 Août 1906.

L. a contracté la syphilis à 15 ans environ; n'aurait jamais présenté ni colique de plomb, ni paralysie. Il est marié, père de deux enfants, séparé de sa femme.

Au mois de Décembre 1904, L. aurait eu un premier ictus apoplectiforme. Consécutivement ses amis constatent un affaiblissement très marqué de la mémoire; le malade inscrit sur un carnet tout ce qu'il lui est utile de se rappeler. Cet affaiblissement conscient va en croissant et inquiète beaucoup le malade.

Le 20 Août 1906, nouvel ictus. Deux jours plus tard, le malade perd de nouveau connaissance dans la rue, et est amené à la Charité. Envoyé de là à Saint-Anne, puis à Bicêtre.

L'attitude et la tenue de L. sont correctes, sa physionomie gaie et insouciant, sauf par intervalles où L. devient triste, préoccupé par retour sur lui-même de son état de santé.

Dès le début de l'examen, on s'aperçoit que le trouble mental porte sur la mémoire. L'entretien s'engage ainsi :

— Bonjour Monsieur.

— Bonjour, Monsieur, mais je ne suis pas un halluciné.

— Comment vous appelez-vous?

— L...

— Quel âge avez-vous?

— Je suis de 1845.

— Oui, mais quel âge avez-vous?

— Je ne sais pas. En quelle année sommes-nous? C'est une absence, mais je ne suis pas un maboule pourtant. (*Le malade cherche un journal pour trouver la date.*) Nous sommes au XIX^e siècle, en 1800, en 1870, en 1900... mais même plus.... Je suis donc atteint d'aliénation mentale.

— Où êtes-vous ici?

— Je ne sais. Je suis à... décidément, je suis atteint d'aliénation mentale. (*Le malade se met à pleurer.*)

— Voyons, depuis combien de temps êtes-vous ici?

— Quarante-huit heures, trois jours, non décidément, je perds la tête.

— Où étiez-vous avant de venir ici?

— Chez moi.

— Où ça?

— Oh je ne sais pas, j'ai oublié, pourtant j'ai bien un domicile.

— Vous habitiez rue R...

— Ah! oui, rue R...

Quelques secondes après on demande de nouveau au malade l'adresse de son domicile. Non seulement il ne s'en souvient plus, mais ignore qu'un instant auparavant on vient de lui poser la même question. On montre au malade une carte postale représentant l'avenue des Champs-Élysées. Le malade prétend que c'est l'avenue de l'Etoile. On rectifie son erreur, mais au bout d'un instant la rectification est oubliée, et il en est ainsi cinq ou six fois de suite.

Les deux exemples précédents montrent que la capacité d'acquisition mnémonique est nulle. Le malade ne peut retenir non seulement des phrases, mais même un seul nom, une seule date, un seul mot qu'on lui indique. La durée de conservation des souvenirs est nulle, même si on lui fait répéter ou écrire plusieurs fois de suite le même mot, même si on essaye une rééducation.

On ne peut attribuer ce manque d'acquisition mnémonique à un défaut de perception, comme cela s'observe au cours de la confusion mentale. Le malade fixe son attention sans difficulté apparente et comprend immédiatement et sans effort les questions qu'on lui pose. Il reconnaît les objets, s'en sert sans difficulté et les nomme sans hésitation.

La désorientation est complète dans le temps ainsi que dans le monde extérieur. Le malade ne reconnaît ni les salles, ni son lit. Il ne reconnaît ni le médecin, ni les internes, ni le surveillant, mais reconnaît et nomme ses amis quand ceux-ci viennent le voir. Il oublie d'ailleurs leur visite immédiatement après.

Le malade a perdu non seulement la capacité d'acquisition mnémo-

nique actuelle, mais aussi un grand nombre de souvenirs antérieurement acquis. La perte du pouvoir d'évocation des souvenirs porte sur une grande partie de son existence. Le malade ne peut dire de lui-même quel était son métier, avec qui il s'est marié. Le nom de ses enfants, leur âge, leur existence même ne sont plus évoqués qu'avec un sentiment de doute.

Le malade raconte les principaux événements de sa vie jusqu'en 1864 (il avait 19 ans). A partir de cette date déclare ne plus se souvenir de rien.

Un grand nombre de faits paraissent complètement rayés de la mémoire du malade, d'autres au contraire existent, mais ne sont plus évoqués. Ainsi il est incapable de donner son adresse, mais si on la lui montre écrite, il dit immédiatement: « Ça, c'est mon adresse ». De même pour le nom d'un ami. D'ailleurs, il se trompe quelquefois et localise mal certains souvenirs évoqués artificiellement.

Le souvenir des connaissances spéciales est conservé pour certaines d'entre elles, altéré pour d'autres. La lecture est facile. L'écriture copiée, dictée, spontanée est correcte. Le malade sait faire exactement les quatre opérations. Il dessine de mémoire la carte de France.

Les mémoires visuelles et topographiques sont très affaiblies; par exemple, les rues et aspects de Paris, les directions à suivre dans Paris ne sont plus évoqués ou très incomplètement. Pas de surdité verbale; pas d'aphasie amnésique proprement dite.

La mémoire des habitudes manuelles est conservée. Le malade conduit aux ateliers de typographie de l'hospice se met à composer correctement et rapidement. Il saute cependant un alinéa. Ne présente que quelques rares illusions de la mémoire et encore accompagnées de doute.

Pas de fausse reconnaissance, pas de fabulation.

L... a pleinement conscience de son état et se rend compte que sa mémoire est très affaiblie. Il juge d'ailleurs que, pour qu'il ait perdu la mémoire, il faut que son intelligence soit fortement ébranlée. Cette conscience de son état mental provoque chez le malade une émotion bien compréhensible : des crises de larmes éclatent surtout quand L... se voit dans l'impossibilité d'évoquer des souvenirs en rapport avec sa vie de famille.

Cependant L... raisonne comme un homme de sa condition et paraît à certains moments manifester une intelligence assez vive. On lui montre des tests absurdes, il s'en aperçoit immédiatement; il complète correctement des syllogismes incomplets qu'on lui présente. Il répond d'une façon intelligente à toutes les questions qu'on lui pose. En dehors des accès de tristesse provoqués par la constatation de son amnésie, il est plutôt insouciant, d'aspect bon enfant, comme il était autrefois, paraît-il.

Il ne s'intéresse pas à grand chose et flâne dans les cours sans chercher à s'occuper. Malgré son amnésie, a l'air de s'habituer au service, de s'attendre à être interrogé, comme si des souvenirs inconscients agissaient dans une certaine mesure.

Ne présente aucun délire, aucun trouble mental surajouté.

Les troubles moteurs sont nuls. Pas de tremblement de la langue ou des membres; pas d'embarras de la parole. Sensibilité légèrement émoussée surtout du côté droit.

Réflexes exagérés à droite. Signe de Babinski double, mais surtout à droite. Pas de clonus du pied. Pas d'inégalité pupillaire; les pupilles réagissent à la lumière, un peu lentement cependant.

La ponction lombaire révèle une lymphocytose abondante.

Après une légère amélioration à la suite d'un traitement mercuriel, on s'aperçoit à la fin de Septembre que l'état du malade baisse; il gâte, mange les restes des autres.

Dans la nuit du 14 au 15 Décembre présente un accès épileptiforme et tombe dans le coma. De deux heures du matin à 1 heure et demie du soir, présente 41 accès épileptiformes.

Mort le 15 Décembre en état de mal.

M. Nageotte ayant examiné le cerveau du malade à la prière de M. Chaslin est arrivé à des conclusions qui peuvent se résumer ainsi :

« A l'examen macroscopique, lésions inflammatoires chroniques du cerveau qui s'accusent à l'œil nu par des plaques opalines disséminées sur la base et les régions antéro-latérales des hémisphères. Le lobe occipital et le cervelet paraissent normaux. A l'examen microscopique, on constate une méningo-encéphalite diffuse dont les lésions ne diffèrent que très peu de celles qu'on

observe dans la paralysie générale. Néanmoins l'intensité des lésions méningées et la limitation à un territoire restreint (gyrus rectus) des altérations importantes de l'écorce donnent à la lésion un caractère un peu spécial.

M. Chaslin en commentant cette observation, fait remarquer combien l'amnésie du malade ressemblait à l'amnésie observée dans le syndrome de Korsakoff; il rappelle que cependant le syndrome de Korsakoff classique, comprend outre l'amnésie, plusieurs éléments qui font tout à fait défaut dans le cas actuel. Il insiste d'autre part, sur la différence que présente cette forme clinique avec la paralysie générale, en s'appuyant sur l'absence chez son malade des signes physiques caractéristiques, d'un affaiblissement intellectuel généralisé, et sur la conservation de la conscience de la maladie. Il suffit en effet de lire les premières lignes de cette observation pour voir combien l'attitude et les réponses du malade diffèrent de celles d'un paralytique général.

Et nous pouvons remarquer à propos de ce premier cas que tous les traits du syndrome que nous avons précédemment décrit : amnésie à la fois rétrograde et continue, intégrité presque entière du jugement, de l'autocritique et même de l'affectivité se trouvent d'une façon typique dans cette observation de M. Chaslin.

Donnons maintenant un abrégé d'une observation de M. Séglas, qui se rapporte à un cas d'apparence un peu plus complexe :

OBSERVATION III

Il s'agit d'un nommé R..., professeur de musique, entré à Bicêtre à l'âge de 48 ans, en Octobre 1900. Parmi ses antécédents, les seuls faits à retenir, sont la présence d'une syphilis antérieure et l'absence d'accidents épileptiques.

A la fin de l'année 1896, se plaint de sentir des mauvaises odeurs, a en même temps des malaises à se trouver mal qui se répètent sept à huit fois par jour et qui semblent avoir été analogues aux vertiges épileptiques constatés directement par la suite. En même temps apparaissent des absences et des troubles de la mémoire. Le malade ne se retrouve plus dans sa chambre, dans son appartement, dans la rue.

Pendant quatre mois environ, on le traite pour ces vertiges, puis le malade recommence à se plaindre de mauvaises odeurs. Il a des phases

d'absence, de stupeur durant douze heures et davantage pendant lesquelles il reste dans un fauteuil sans remuer, sans parler comme sans conscience de ce qui se passe autour de lui.

A ce moment se produit une crise comitiale nette avec chute, convulsions, morsure de la langue. C'est la première qu'ait présentée le malade. Cette crise est suivie d'une période de délire d'une durée d'environ quinze jours avec confusion mentale, désorientation et hallucinations terrifiantes.

Puis les vertiges deviennent quotidiens, les grandes crises ne se reproduisant qu'à des intervalles éloignés (la deuxième au bout d'un an, la troisième cinq mois après la deuxième). Le malade perd tout à fait la notion du temps; il se couche le jour, se lève la nuit.

A son entrée dans le service R... se présente avec une attitude qui n'est pas celle d'un paralytique général. Son maintien est naturel, il répond avec aisance aux questions qui lui sont posées. Il se rend compte que cet examen est nécessité par l'intérêt qu'il y a à connaître exactement son état. La fixation des souvenirs paraît presque abolie chez lui. Il existe aussi une amnésie rétrograde considérable.

Au bout de quelques jours, on s'aperçoit que R... se perd dans le service. Il est obligé de demander au concierge son chemin pour retrouver sa salle et son lit. Il a inscrit le nom et le numéro sur un petit papier qu'il porte constamment sur lui.

Depuis son entrée R... n'a acquis aucune notion nouvelle et se montre totalement désorienté. Il ne sait pas où il se trouve, ne reconnaît ni le réfectoire, ni le parloir; chaque fois qu'il vient à la visite, il semble que ce soit pour la première fois. Tous les événements: visites de sa femme, sorties, promenades, sont oubliées au fur et à mesure qu'ils se produisent. Il écrit tout ce dont il veut se souvenir sur un cahier spécial, mais il ne sait jamais où retrouver ce cahier.

R... cause raisonnablement et sans efforts de choses générales, tant qu'on ne fait pas appel à l'évocation de souvenirs précis. Sa physionomie est ouverte et expressive. Il a conscience de son état, mais en général, paraît assez indifférent quoiqu'il dise que c'est bien ennuyeux de perdre la mémoire et finisse par se mettre en colère quand on insiste dans l'examen. Il ne s'occupe à rien dans le service; parfois cependant il joue de l'harmonium et chante pour distraire ses camarades. Jamais

il ne parle spontanément de sa famille, ni ne témoigne aucun sentiment affectif.

Présente de fréquents vertiges épileptiques.

Inégalité pupillaire. Signe d'Argyll-Robertson. Tremblement fibrillaire de la langue. Réflexes tendineux normaux. Lymphocytose révélée par la ponction lombaire.

Garde des souvenirs nombreux et assez précis sur les trente premières années de sa vie; mais la localisation exacte de ces souvenirs dans le passé est impossible. À partir de l'année 1880 environ, l'amnésie devient presque totale.

L'amnésie de fixation est extrêmement marquée. On parle à R... de lui faire une ponction lombaire; il était déjà à moitié déshabillé; il se rhabille aussitôt en se récriant et en refusant de se soumettre à l'opération. Quelques minutes après, on lui dit de nouveau de se déshabiller, et il se laisse faire la ponction sans rien dire, sans se rappeler les protestations qu'il venait de faire entendre un instant avant.

Après un an de séjour, R... n'a toujours rien appris depuis son entrée dans le service. Il ne sait ni où il est, ni d'où il vient. A chaque repas on doit lui indiquer sa place à table. Les infirmiers, les surveillants, le médecin sont toujours pour lui des inconnus.

Il est bon de remarquer que R... ne fait pas de grands efforts pour essayer de retenir ou d'évoquer les événements de son existence : « Je ne sais pas, je ne me souviens pas » telle est la formule dont il accueille toutes les questions. A l'exemple d'autres amnésiques, il paraît avoir une sorte d'attitude mentale particulière, comme l'habitude d'une amnésie dont il a parfaitement conscience et qu'il a tendance, sinon à exagérer, du moins à ne même pas tenter de corriger.

On ne peut manquer d'être frappé de l'ignorance du malade, du caractère de nouveauté que semble avoir pour lui tout ce qui l'entoure, en constatant d'autre part qu'il est très lucide, qu'il cause raisonnablement, répond avec aisance quand on ne fait pas un appel direct à sa mémoire, qu'il se rend bien compte de ce qui se passe autour de lui au moment même, et qu'en somme il a conservé une vivacité d'esprit et un humour qui lui était, paraît-il, habituel.

Le malade n'a jamais fait de confabulation, ni essayé de combler les lacunes de ses souvenirs par des histoires plus ou moins fantaisistes.

La mémoire verbale est intacte ainsi que la mémoire musicale. R... a conservé sa souplesse de doigts. Il joue et chante non seulement des morceaux connus de lui, mais des partitions nouvelles avec beaucoup d'aisance.

Ecriture facile et correcte à tous égards.

Le malade est sujet à des accès fréquents de petit mal épileptique suivis d'une phase d'égarement accompagnée d'actes automatiques qui se prolonge pendant une heure et plus.

En Mars 1903, le malade tombe dans un état de mal épileptique qui dure dix jours. A partir de ce moment, apparaît un état complet de confusion accompagné d'irritabilité, de perte complète de la mémoire.

L'état de confusion persiste un an encore entrecoupé par des crises comitiales. Le malade offre l'aspect typique d'un dément épileptique avec inconscience complète, malpropreté, collectionnisme.

Mort en état de mal le 20 Juillet 1904.

A la prière de M. Ségla l'examen du cerveau est fait par M. Nageotte.

A l'examen macroscopique, on constate sur le cerveau des zones de congestion intense. A la surface des hémisphères sont disséminées des traînées opalines correspondant à des zones d'épaississement des méninges molles.

A l'union du quart inférieur et des trois quarts supérieurs de la frontale ascendante, est une nodosité grosse comme un pois à centre jaunâtre, à périphérie translucide. On voit au microscope qu'il s'agit d'un néoplasme caséux rempli de débris granuleux avec des cristaux d'acides gras et une enveloppe fibreuse.

L'examen histologique montre des lésions siégeant à la fois dans les méninges et dans la substance nerveuse. Elles prédominent dans le lobe frontal (gyrus rectus) et dans la pointe du lobe sphénoïdal. Elles sont au minimum dans le lobe occipital. On constate un épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère, mais on n'y trouve pas l'infiltration lymphoïde propre aux lésions inflammatoires en évolution.

Dans l'écorce, les vaisseaux ont des parois épaisses et scléreuses. Les cellules névrogliques sont augmentées en nombre dans la substance blanche comme dans l'écorce grise. Le nombre des cellules nerveuses n'est nulle part diminué d'une façon appréciable. Les fibres à

myéline de l'écorce ne sont raréfiées que dans le gyrus rectus et la pointe du lobe sphénoïdal.

On constate enfin une dégénérescence de la bandelette externe des faisceaux postérieurs de la moelle depuis la région cervicale jusqu'à la région sacrée.

La présence de la petite tumeur très analogue à une gomme en régression, la lymphocytose constatée chez le malade vivant, la sclérose des faisceaux postérieurs semblable à une forme de tabes observée dans la paralysie générale donnent à croire qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite spécifique.

Nous devons signaler d'abord dans cette observation, le début un peu singulier par des hallucinations de l'odorat qui paraissent avoir été le premier symptôme de la méningo-encéphalite. En dehors de ce détail, le fait qui attire le plus l'attention est la fréquence extrême des accidents épileptiformes, surtout sous la forme de petit mal, au cours de ce syndrome amnésique; en présence de ce cas particulier, il pourrait venir à l'idée de considérer l'amnésie du malade comme provoquée puis entretenue sans cesse par ces accidents comitiaux produisant une sorte d'état crépusculaire ininterrompu. Mais cette opinion ne nous paraît pas soutenable, car tel n'était évidemment pas l'état habituel du malade, qui, en dehors des périodes de stupeur consécutives à quelques-unes de ses crises, n'était pas confus, ne présentait à aucun degré les troubles de la perception, de l'attention, de la coordination psychique de l'état crépusculaire, et qui n'en était pas moins amnésique. D'ailleurs, après plusieurs années d'amnésie, le malade, à la suite d'un état de mal, tomba dans un état de confusion prolongé, et il suffit de remarquer combien cet état confusionnel, qui devait aboutir insensiblement à la démence, diffère de l'état que le malade avait présenté jusqu'alors. En un mot, si dans le cas présent, l'amnésie doit être rattachée aux ictus, c'est par un lien dont la nature ne peut pas être précisée ici plus que dans les autres cas; et il ne faudrait pas chercher à l'expliquer par le mécanisme d'un état confusionnel post-comitial sans cesse renouvelé.

Nous donnons maintenant, avec quelques abréviations, une observation publiée en 1911, par MM. Claude et Lévy-Valensi.

OBSERVATION IV

C..., âgé de quarante-deux ans exerçait le métier de tailleur.

Rien de très intéressant dans ses antécédents familiaux; cependant trois de ses frères moururent de tuberculose.

Marié depuis quatorze ans, il a deux filles, l'une de treize ans, l'autre de dix-huit mois qui sont en bonne santé, et sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Aucune maladie ne se retrouve dans les antécédents du malade; il nie énergiquement avoir eu la syphilis.

Le premier trouble mental paraît remonter à la fin de l'année 1907; à cette époque le malade perdit son père, il fut très affecté de cette mort, et lui qui était d'un caractère jovial devient excessivement triste; il manifeste plusieurs fois des idées de suicide et exhorta sa femme à se tuer avec lui.

En Octobre 1908, il reçoit une visite de son frère, ce qui provoque chez lui une réaction émotive augmentant sa mélancolie. Aussitôt son frère reparti, brusquement il perdit complètement la mémoire. Cette amnésie dura vingt-quatre heures, puis soudainement disparut.

Quinze jours plus tard, nouvel ictus amnésique; on remarque que l'amnésie ne porte que sur les faits récents; elle se serait progressivement aggravée. Le malade dut abandonner son métier et vint à Paris.

A cette époque il paraît avoir eu des hallucinations olfactives; son caractère était devenu irritable et continuait à être triste. On signale alors de l'anaphrodisie.

Il fait, à la Salpêtrière, un séjour de cinq mois : du 12 Avril au 27 Septembre 1910.

A sa sortie de la Salpêtrière, il était moins triste, mais toujours incapable de travailler, ne se rappelant plus les choses qu'il venait de faire. Il existait aussi des troubles de la mémoire pour les faits anciens, mais de date assez peu éloignée; cette fois l'anaphrodisie avait disparu.

Rentre à la Salpêtrière en Octobre 1910.

Lors de son premier séjour, on note une amnésie énorme sur laquelle nous reviendrons longuement, mais on fait de plus les constatations suivantes.

Crises d'épilepsie partielle prenant la face et le bras droit, survenant deux à trois fois par jour et ne s'accompagnant pas d'aphasie.

Absences fréquentes (également deux fois par jour) avec fixité du regard, pâleur.

Deux ou trois fois, il a eu du dérochement des jambes; on était obligé de l'asseoir, il ne tenait plus debout. Il avait du lumbago survenu par crises durant quelques heures, parfois toute la nuit. Depuis six mois nous n'avons plus observé tous ces accidents.

Les signes somatiques observés à cette époque étaient pour la plupart négatifs.

Motilité. Légère incoordination des membres supérieurs. Pas de Romberg.

Réflexes normaux. Pas de clonus, pas de signe de Babinski.

Sensibilité normale.

Le 28 Novembre 1910, l'examen oculaire pratiqué par M. Galezowski donne les résultats suivants :

La pupille gauche est saillante, la droite ne l'est pas; le malade se plaignait de voir trouble. (Le 20 Avril 1910, on avait noté l'absence de tout symptôme oculaire.) Cette évolution progressive sera rendue plus nette encore lorsque nous parlerons de l'état actuel des yeux.

La ponction lombaire pratiquée deux fois en Octobre et en Novembre décèle une lymphocytose très abondante.

Evolution depuis Octobre 1910. On ne constate plus de crises d'épilepsie, ni d'absences. Le malade se plaint très fréquemment de maux de reins; il accuse avec insistance un brouillard qui l'empêche de voir distinctement.

On constate comme signes nouveaux une démarche hésitante, légèrement titubante, une ébauche de Romberg.

Le réflexe achilléen droit est aboli. L'ataxie des membres supérieurs est plus marquée, elle est nettement accrue par l'occlusion des yeux. Il existe un tremblement très net des doigts.

La parole n'est pas troublée, il n'existe pas de tremblement de la langue et des lèvres. Quand la langue est tirée complètement sa pointe se dévie à droite tandis que sa moitié droite s'incurve. On constate une atrophie musculaire de la partie latérale et la muqueuse est légèrement plissée, cependant il n'y a pas de trémulation fibrillaire nette. L'exa-

men électrique décèle une diminution de l'excitabilité galvanique avec moins de différence entre le seuil de P. F. C. et N. F. C. que de l'autre côté et une très légère lenteur de P. F. C. Il existe donc un très léger degré de D. R. dans la moitié droite de la langue.

La réaction de Wassermann négative avec le sérum du malade est positive avec le liquide céphalo-rachidien; celui-ci renferme toujours une grande quantité de lymphocytes, la réaction de Nonne-Apelt y est des plus nettes.

Examen oculaire (10 Février 1911) :

Acuité visuelle : à droite 0,1; à gauche 0,4, non améliorée par les verres.

Sens chromatique. Œil droit amblyopie pour le vert, voit assez facilement le violet et le bleu. Œil gauche normal. Champ visuel déformé et rétréci. Musculature intrinsèque. Pas d'anisocorie, pas de déformation pupillaire, pas d'hippus. Réflexes normaux. Musculature extrinsèque normale. Fond d'œil : atrophie optique.

Œil droit : papille régulièrement concentrique avec excavation surtout temporale de nature atrophique; décoloration du segment temporal. Bords nets, vaisseaux normaux, zone péripapillaire, une bande nasale pigmentaire.

Œil gauche : nerf optique, papille régulièrement concentrique avec bords flous, saillante avec coudure des vaisseaux sur les bords, une zone uniforme hyperémie (rouge sale, grisâtre) veines un peu dilatées, interrompues dans leur trajet au niveau des bords, renflements moniliformes par endroits, artères sinueuses de calibre normal.

Rétine gauche plus pigmentée que la droite.

Etat mental : amnésie.

Le malade est extrêmement jovial, on pourrait dire à première vue euphorique, ce n'est pas exact. Si on interroge sa femme, on apprend qu'avant sa maladie il avait un heureux caractère, que comme aujourd'hui il aimait la plaisanterie. En effet, si le malade répond plaisamment aux questions, il n'est pas pour cela sans se rendre compte de son état; il lui arrive fréquemment de pleurer lorsqu'on lui parle de ses enfants. Il est très peiné d'être devenu inutile aux siens, mais son bon caractère reprend le dessus.

Il semble moins amnésique qu'au début parce qu'il se conduit à peu

près normalement pour les choses de la vie courante. Il y a quatre mois, il ne reconnaissait ni sa salle, ni son lit, restait devant son assiette sans savoir si c'était sa portion qu'il avait devant lui. Aujourd'hui, il se conduit tout à fait normalement.

La rééducation a eu une influence incontestable sur l'amélioration du malade; il répond aujourd'hui à bien des questions auxquelles il ne satisfaisait pas il y a quatre mois. Il sait le nombre, les âges, les noms de ses enfants, toutes choses qu'il ignorait. La mémoire des faits anciens est redevenue à peu près normale, faisant mieux apparaître le déficit mnésique portant sur les faits récents.

Souvenirs anciens: Il sait la date exacte de sa naissance et arrive à trouver son âge par un calcul rapide; la date de son mariage; les conditions dans lesquelles il a connu sa femme; les noms des témoins. Il ne sait pas le nom de l'église où fut célébré le mariage, ne sait pas s'il y eut un repas de noces. Il se rappelle les noms de ses camarades d'enfance, sait ce qu'ils sont devenus. Il sait le nom de ses anciens clients, de ses fournisseurs, sait où il achetait le drap, se rappelle les conditions de paiement. Il sait que son père est mort et que son frère est à Londres, mais n'en est pas très sûr. Ces deux faits ne datent que de trois ans.

Il est difficile de fixer exactement la date à partir de laquelle commence la lacune, mais on se rend parfaitement compte qu'il y a rapport inverse entre l'ancienneté des souvenirs et l'intensité de l'amnésie. C'est ainsi qu'il donne des détails très précis sur sa première communion, que son mariage est encore assez net dans sa pensée bien qu'il en oublie certains détails, qu'il hésite sur l'âge de ses enfants et reste très perplexe sur la mort de son père.

Nous avons essayé de lui faire évoquer ou reconnaître des souvenirs sensoriels : c'est ainsi que nous lui avons demandé de se représenter certains points de Paris qu'il a habité de nombreuses années et qu'il connaît parfaitement. Cette épreuve réussit parfaitement lorsqu'il s'agit d'évoquer des lieux où il a habité ou qu'il a longtemps fréquentés : Montmartre, la gare Saint-Lazare, mais il n'a aucune idée du quartier de l'Etoile, de la Madeleine, dont les noms lui sont familiers et qu'il connaissait parfaitement. •

La mémoire auditive n'est pas atteinte. Le malade reconnaît les airs et les fredonne. Il reconnaît assez mal les odeurs, mais il dit n'avoir jamais eu beaucoup d'odorat. Le goût est conservé.

Le souvenir des notions apprises dans le jeune âge, notamment : table de multiplication, opérations simples, notions d'histoire, de géographie est assez bien conservé. Cependant le malade n'arrive pas à résoudre un problème très simple demandant deux opérations.

Souvenir des faits récents: le déficit est énorme. Sa femme vient de le quitter, il ne sait pas si elle est venue le voir. On lui a répété à satiété les noms des médecins, surveillants : il les ignore tout à fait. On vient de lui faire une ponction lombaire, de le photographier, il n'en a gardé aucun souvenir. Il ne sait pas exactement l'année, dit : peut-être 1912; le mois : Janvier ou Février puisqu'il fait froid. Il ne sait pas depuis combien de temps il est à l'hôpital. Quand on lui demande où habite sa femme, comment elle vit, il ne sait pas.

Il oublie immédiatement tous les actes qu'il vient de faire et il serait fastidieux de citer de plus nombreux exemples.

Cet énorme déficit n'empêche pas d'ailleurs le malade d'agir normalement. Il a fini par apprendre le numéro de son lit, il le retrouve facilement; il ne sait pas le nom de sa salle, mais il la reconnaît néanmoins. Pour les actes de la vie courante, en réalité limités à l'hôpital, il se conduit comme un homme normal.

D'ailleurs chez lui, le sens critique est parfaitement conservé. Le malade se rend compte de sa situation, il la déplore; c'est en vain qu'on lui tend des pièges, qu'on lui pose des questions ridicules, il a la notion très nette de leur futilité. Sa sensibilité est peut-être un peu exagérée depuis quelque temps, mais son sort lamentable justifie assez les modifications d'ordre émotif qu'il présente. Son indifférence à l'égard des siens n'est qu'apparente et liée à son absence de mémoire.

Ajoutons enfin, qu'il n'existe chez notre malade aucune idée délirante, pas d'idées de satisfaction ou de grandeur, pas de dépression mélancolique.

En résumé de 1907 à 1908, dépression mélancolique; fin 1908, premier ictus amnésique passager, puis ictus amnésique dont l'amnésie persiste encore aujourd'hui. L'amnésie semble avoir régressé : elle

ne porte plus à peu près aujourd'hui que sur des faits assez récents, et surtout ceux du dernier moment; en tout cas, elle n'a certainement pas progressé. Aggravation manifeste des signes somatiques se traduisant par crises de lumbago, signe de Rombeng, abolition du réflexe achilléen droit. Production des signes oculaires capitaux et de l'hémiatrophie de la langue. Ces symptômes, la lymphocytose, les réactions de Nonne-Apelt et de Wassermann indiquent la présence d'un processus de syphilis cérébro-spinale avec lésions méningées et participation des racines.

Nous ne pouvons mieux faire pour commenter cette remarquable observation, que de reproduire les réflexions suivantes que M. Claude lui-même y a ajoutées :

« Nous ne croyons pas devoir évoquer ici le diagnostic de paralysie générale. Dans la méningo-encéphalite diffuse, ce qui caractérise la maladie, c'est la diffusion des lésions et la progression continue de celles-ci aboutissant assez vite au point de vue clinique à la démence. Mais, dès le début, il existe déjà des troubles de l'auto-critique, du jugement et du raisonnement, des modifications du caractère, des habitudes qui frappent l'observateur. Chez notre malade, les troubles intellectuels ne se sont pas aggravés depuis dix mois, il n'y a pas de lacunes du jugement et du raisonnement; les facultés d'autocritique ne sont nullement émoussées. On ne constate chez lui qu'un déficit intellectuel en rapport avec l'insuffisance des moyens de renseignement mis à sa disposition... Ce cas serait plutôt à rapprocher de la psychose de Korsakoff. Mais dans cette affection, il existe presque toujours, à la période d'état tout au moins, un certain degré de confusion mentale et même quelques manifestations délirantes qui font défaut dans le cas actuel.

Les divers degrés de localisation conduisent à penser qu'il s'agit plutôt ici de lésions syphilitiques en foyers disséminés. Ces formes de méningo-encéphalite syphilitique paraissent représenter des types de transition entre la syphilis méningée scléro-gommeuse et la paralysie générale. Elles sont peut-être plus accessibles au traitement; en fait le malade s'il n'a pas été sensiblement modifié par la thérapeutique spécifique, a conservé un état stationnaire.

La suite de cette observation a été publiée par MM. Claude et Quercy, en Octobre 1919. J'en reproduis ici les principaux détails:

Après l'année 1911, à laquelle s'arrête l'observation précédente, le malade a fait à nouveau plusieurs séjours dans le service de M. Claude, à Saint-Antoine. L'amnésie ne variait guère; l'état intellectuel ne se modifiait pas d'une façon générale, mais on nota le retour des crises épileptiques. A la suite d'une crise, le 4 Janvier 1912, des troubles psychiques se manifestèrent : euphorie, loquacité, rire aux éclats, excitation génitale. Le lundi 8, après une nuit très agitée, l'excitation délirante prend un caractère nouveau, des idées de préjudice de persécution d'abord ébauchées se précisent ensuite: son lait est empoisonné, on veut l'attacher, le tuer. Il est ramené dans le service : on constate un état vultueux de la face avec pouls à 120; inconscience, paroles incohérentes, rires, idées de persécution, incontinence des sphincters. Réflexe plantaire en extension des deux côtés. L'agitation persiste encore les jours suivants, puis elle cède peu à peu et le malade revient à son état antérieur et on peut le rendre à sa famille. Pendant cinq mois, il mène une existence tranquille. L'excitation reprend cependant de temps en temps avec un caractère moins accusé. Peut-être le malade fait-il quelques abus de boisson.

A la fin Juillet 1912, on note des crises épileptiformes, elles réapparaissent en Novembre et prennent un caractère subintrant. Il est ramené dans le service le 22 Novembre. Les idées de persécution sont très actives: il se plaint des mauvais égards du personnel et de l'administration de l'Assistance: on le séquestre, on veut l'empêcher de travailler; cette crise s'atténue peu à peu et le malade peut quitter l'hôpital le 15 Janvier 1913.

Nouveau séjour dans le service en Juin, Juillet, en raison de la réapparition des crises. Le traitement spécifique associé au traitement bromuré est mis en œuvre chaque fois.

Autre séjour de Novembre 1913 à Février 1914. Quelques crises d'épilepsie soit généralisées, soit à type jacksonien : réflexes tendineux faibles, achilléen droit aboli; réflexe plantaire en extension bilatérale. Les troubles sphinctériens ont disparu. Légère inégalité pupillaire, névrite optique stationnaire. Les souvenirs du passé sont restés très nets. La mémoire des faits récents est plutôt moins défectueuse qu'autrefois.

On remarque seulement des modifications dans l'attitude, les paroles, certaines bizarreries ou quelques idées délirantes d'une façon passagère après les crises épileptiques. Elles deviennent de plus en plus fréquentes; le malade rentre dans le service en Avril 1914.

Le 4 Juillet, le malade présente dans l'après-midi un malaise : il est pâle, tient mal sur ses jambes, se couche; dans la soirée se plaint de la tête.

5 Juillet : céphalée, douleurs dans la région lombaire. Température 37°8. Aucun trouble viscéral apparent. Dans la soirée, la céphalée s'accroît, la fièvre atteint 40°. A 11 heures du soir, état comateux brusque, râle trachéal et mort.

Autopsie. Système nerveux. — Cerveau : Pas de lésion méningée macroscopique importante. Pas de lésions en foyer étendu. Artères très malades d'une façon générale et en partie thrombosées, sans qu'il existe de grosses lésions d'ordre ischémique. Cependant au niveau de la partie inférieure de la frontale ascendante en arrière de l'opercule rolandique sur l'hémisphère gauche, on trouve un nodule scléreux sur une zone paraissant ramollie autour. De même dans la partie profonde des circonvolutions frontales droites, on trouve contigu à la corne antérieure du ventricule latéral un autre foyer de ramollissement semé de quelques hémorragies et du volume d'une cerise.

Sur l'hémisphère gauche dans la partie antérieure de la corne postérieure, congestion très marquée des vaisseaux dans la région sous-épendymaire. Les villosités des plexus choroïdes présentent des artérioles ou des capillaires nettement thrombosés.

L'examen microscopique de l'écorce montre des lésions de distribution très irrégulière. Sur des fragments entiers on ne trouve nulle trace de méningo-encéphalite. Ailleurs, au contraire, la méninge molle est épaissie, plus ou moins adhérente à l'écorce, infiltrée de leucocytes et de nombreuses cellules plasmatiques. L'écorce montre également par places, sous les placards de méningite, un peu d'oédème périvasculaire, de la raréfaction des fibres tangentielles, une légère sclérose névroglique et de nombreuses cellules pyramidales en pleine neurolyse. Pas de manchons leucocytaires dans la gaine des vaisseaux. Les lésions sont disséminées entre de larges zones saines et non diffuses comme dans la paralysie générale classique.

Les ventricules cérébraux sont manifestement dilatés et atteints d'une épendymite granuleuse dont le substratum anatomique est une intense sclérose névrologique. Au niveau du fond du troisième ventricule, on constate une évagination de l'infundibulum ayant provoqué la dilatation de la selle turcique et l'aplatissement de l'hypophyse.

Le bulbe, la moelle et les racines sont également le siège d'une méningite très active. Peu ou pas de radiculite (abolition du réflexe achilléen droit), pas de myélite, infiltration embryonnaire du plancher du quatrième ventricule (hémiatrophie linguale droite).

L'atrophie de l'hypophyse et la suppression de sa sécrétion ont produit par vicariance un accroissement de l'activité des autres glandes à sécrétion interne qui s'est traduite par une hypertrophie de ces glandes suivie d'atrophie secondaire et ayant abouti à des lésions manifestes.

Nous arrêtons ici l'abrégé de cette observation, sans insister davantage sur ces altérations glandulaires, qui malgré leur intérêt très grand, paraissent tout à fait sans rapport avec l'amnésie du malade et nous entraîneraient trop loin de notre sujet.

Passons à une observation de MM. Mabilie et Pitres, dont voici un abrégé :

OBSERVATION V

Il s'agit d'un homme jeune encore, qui le 10 Mars 1885 tomba frappé d'apoplexie dans une maison publique de La Rochelle. Il fut transporté sans connaissance à l'hôpital et l'enquête apprit qu'il s'agissait d'un nommé B..., né près de Châteauroux, le 30 Octobre 1851, employé chez un restaurateur de Paris avant son arrivée à La Rochelle où personne ne le connaissait.

Il fut traité pendant un mois à La Rochelle, puis comme il était gâteux et paraissait atteint d'une démence incurable, il fut transféré, en Février 1886, à l'asile d'aliénés de Lafond, où il resta interné sans interruption jusqu'à sa mort survenue le 15 Mars 1908. Son certificat d'entrée est ainsi conçu : « Syphilis cérébrale avec troubles parétiques du côté gauche ».

Durant les mois qui suivirent son admission à l'asile, son état se modifia favorablement: le gâtisme, les phénomènes de parésie s'amendèrent. B... devint capable de se lever, de marcher, de partager la vie

des autres malades. Il avait été jusqu'alors considéré comme un dément organique vulgaire. Mais, quand il commença à pouvoir aller et venir, répondre aux questions, on s'aperçut bientôt qu'il présentait comme principal symptôme psychique, une perturbation remarquable de la mémoire. Tout en conservant le souvenir de ce qu'il avait appris et de ce qui lui était advenu avant l'ictus dont il avait été frappé en 1885, il était incapable de fixer aucun souvenir nouveau. Il voyait, il entendait, mais il ne conservait aucun souvenir de ce qu'il avait vu ou entendu quelques instants auparavant. Il vivait au milieu de gens qu'il coudoyait constamment et qu'il croyait toujours rencontrer pour la première fois.

A partir de la fin de 1886, son état ne se modifia plus et resta immuable pendant plus de vingt ans. Pendant ce temps, le malade n'a jamais été perdu de vue; il a été particulièrement et très longuement examiné à deux reprises : en Février 1899 et en Décembre 1902.

Examen de Février 1899 : B... est un homme d'assez bonne apparence, il a le regard assez vif et ne paraît pas du tout inintelligent. Il répond fort bien aux questions qu'on lui pose. La voix est bien timbrée, son articulation est nette.

La face est légèrement asymétrique. Le côté gauche est un peu moins mobile que le droit, le sillon naso-génien gauche légèrement effacé. Pas de déviation de la pointe de la langue.

Mobilité des membres normale. Réflexes tendineux normaux.

Sensibilité cutanée normale. Sens stéréognostique non altéré. Vision et audition normales.

Les pupilles sont inégales (la droite est plus grande que la gauche); elles réagissent vivement à l'accommodation et très lentement à la lumière.

Etat mental. — B... se comporte dans tous les actes de la vie comme une sorte d'automate. Il est généralement calme, tranquille, indifférent à ce qui se passe autour de lui. Il ne conserve aucun souvenir de ce qu'il fait, de ce que font les personnes de son entourage. Il ne reconnaît ni le médecin, ni le surveillant, ni les malades. Il se figure toujours être entré depuis quelques heures seulement dans l'asile où il demeure depuis quatorze ans et est aussi étranger aux habitudes de la maison que s'il venait en réalité d'y pénétrer pour la première fois le jour même.

Le matin, quand il voit ses voisins se lever, il se lève aussi, s'habille seul, procède assez proprement aux soins de sa toilette. Il suit les autres malades dans les cours ou au réfectoire. On l'occupe dans la journée à des travaux agricoles; il roule la brouette, fait les corvées de charbon, mais à la condition expresse qu'il soit entouré de camarades exécutant la même tâche que lui. Seul il ne serait capable de se servir d'aucun outil, de faire aucun travail.

Il ne reconnaît, ni son lit, ni sa place à table; ne saurait se rendre, sans être accompagné, d'un point de l'asile à un autre.

Il mange bien, sans se soucier de la qualité des mets; immédiatement après le repas, il ignore ce qu'il a mangé et même s'il a mangé.

Joue parfois aux dames avec les autres malades : il joue assez adroitement, gagne quelquefois, mais ne fait aucun progrès dans la pratique du jeu.

Il ne reconnaît pas ses camarades, ne fréquente pas les uns de préférence aux autres; tous lui semblent également étrangers.

Quoiqu'il soit naturellement doux, il supporte très mal la contradiction, et s'il survient une contestation quelconque, il se livre d'emblée à des actes de violence qu'il oublie d'ailleurs immédiatement après.

Il ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour de lui et n'adresse que très rarement, le premier, la parole aux personnes qu'il rencontre. Quand on l'interpelle, il regarde fixement son interlocuteur, et dit presque toujours, aussi bien aux personnes qu'il voit pour la première fois qu'à celles avec lesquelles il vit depuis des années : « Il me semble que je vous connais. Je crois vous avoir déjà vu... mais je ne sais pas où... c'est probablement à Paris. »

Interrogé sur ses antécédents et les principaux épisodes de sa vie antérieurement à 1885, il répond sans hésitation. Il donne son nom, son âge, les diverses professions qu'il a faites : rattacheur de draps à Châteauroux jusqu'à dix-huit ans; puis à Paris, laveur dans un restaurant; enfin, ouvrier dans une fabrique de cigarettes dirigée par un de ses oncles. Il donne de même tous les renseignements sur l'âge, la profession, le domicile de ses parents, de ses deux frères, de sa sœur. Interrogé sur sa santé, il déclare avoir « attrapé la vérole il y a sept mois, et avoir eu après des maux de gorge et des boutons sur la langue ». Il apparaît dans toutes ces réponses que B... croit toujours être

en 1885. Toutes les indications qu'il donne et qui paraissent d'ailleurs concorder n'ont malheureusement pu être vérifiées, toutes les lettres envoyées à ses parents ou à son oncle de Paris étant restées sans réponse, ce qui peut s'expliquer d'ailleurs, par l'intervalle de huit années compris entre 1885, et la date à laquelle ont été entreprises les recherches (1893).

Les réponses de B... deviennent cependant beaucoup moins fermes et précises lorsqu'on l'interroge sur les événements qui ont immédiatement précédé ou accompagné le début de sa maladie. Quand il s'agit d'expliquer la raison qui l'a fait venir à La Rochelle, B... se trouve assez embarrassé, il répond que c'était pour se promener. Il dit aussi qu'il espérait trouver dans cette ville une maison publique très bien tenue, avec de belles filles dont on lui avait parlé. Il se souvient de son passage dans cette maison qui n'était, dit-il, pas mieux que d'autres, mais il croit en être reparti et être retourné à Paris. Il n'a gardé d'ailleurs aucun autre souvenir de La Rochelle; il sait qu'il y est venu en chemin de fer, mais il ne se rappelle aucune circonstance de son voyage. Interrogé sur le lieu où il se trouve actuellement, il répond qu'il ne sait pas au juste; il pense d'ailleurs y être arrivé il y a quelques heures seulement.

B... lit à haute voix correctement et sans hésitation. L'écriture est également correcte.

Il fait correctement les additions et les soustractions, se trompe souvent dans les multiplications, ne peut faire les divisions.

Mis en présence d'une carte de France, il montre immédiatement, sur notre demande, Paris, puis Châteauroux, avec un peu plus d'hésitation; il ne peut trouver La Rochelle.

Il est à noter que B... déclare avoir été à l'école chez les frères, à Châteauroux, où il a appris, dit-il, seulement à lire, à écrire, et un peu à calculer.

On lui montre des reproductions des principaux monuments de Paris et de Châteauroux; il les reconnaît et les nomme sans se tromper.

On lui demande quels monuments se trouvent sur la place de la Concorde, la place Vendôme; il les nomme, les décrit. Les souvenirs visuels paraissent tout à fait intacts. On demande à B... s'il allait souvent au théâtre; il dit avoir entendu le Barbier de Séville, la Dame Blanche, la Fille de Madame Angot. Il a retenu et chante plusieurs airs

de cette dernière pièce. Mais il ne peut chanter ni reconnaître aucun air des autres opéras.

Expériences sur la fixation des souvenirs récents

On conduit B... dans le dortoir et on lui demande où est son lit. Il répond avec étonnement qu'il n'a jamais couché là.

On le prie de dire les noms de quelques-unes des personnes qui l'entourent. Il répond qu'il ne les connaît pas, qu'il vient d'arriver et qu'il n'a pu encore parler à personne.

Il ignore naturellement le jour, le mois et l'année. On lui donne la date exacte, et sur notre demande il la répète à haute voix. Après quinze secondes de silence, il l'a absolument oubliée.

On lui fait examiner un stéthoscope et on lui en apprend le nom; au bout de quinze secondes de silence, le nom est oublié.

On met entre les mains de B... un journal et on lui fait lire un petit fait-divers; au bout de cinq secondes il se rappelle ce qu'il vient de lire; au bout de trente secondes il l'a oublié.

On fait goûter à B... un fragment d'aloès qu'il trouve amer. Vingt secondes après, interrogé à ce propos, il s'étonne et déclare qu'on ne lui a rien donné à manger.

B... est invité à dire à haute voix le mot Paris chaque fois que nous leverons la main. Nous levons la main toutes les dix secondes. Jusqu'à la cinquantième seconde il s'acquitte de sa consigne. A la soixantième, il reste silencieux, et ne se souvient plus de rien.

B... prétendant n'avoir jamais vu la mer et le regretter beaucoup, on l'amène en voiture jusqu'au port de La Rochelle. Mis en présence de la mer, il paraît peu ému, et dit simplement : « C'est bien comme cela que je me la figurais. » Quatre minutes après avoir quitté la côte, il a tout oublié, et comme on lui parle de la mer, déclare qu'il ne l'a jamais vue.

De 1899 à 1902, aucun changement ne se produit dans l'état mental du malade. En Décembre 1902, on lui pose les mêmes questions, il y fait identiquement les mêmes réponses. Son incapacité de reconnaître les personnes, son ignorance absolue de tous les événements récents n'ont pas changé.

En Février 1908, B... s'amaigrit et semble décliner sensiblement.

Sans que rien soit modifié à son état psychique, il s'alite le 5 Mars, atteint de congestion pulmonaire aiguë et meurt le 15 Mars.

A l'autopsie, on trouve une congestion portant sur la presque totalité des deux poumons.

Les méninges cérébrales ne sont ni épaisses, ni adhérentes à la substance corticale. Leurs vaisseaux sanguins paraissent sains. Les circonvolutions sont bien plissées, elles ne présentent pas de malformations ni d'atrophie. Sur une coupe horizontale de Flechsig, on constate immédiatement en avant de la tête de chacun des noyaux coudés, une large cavité lacunaire, à bords assez réguliers, à parois celluleuses, jaunâtres mesurant deux centimètres de longueur sur un de largeur. Ces cavités sont creusées dans la substance blanche centrale des lobes préfrontaux. Celle du côté gauche confine par son extrémité postérieure à la tête du noyau caudé dont le tissu paraît inaltéré. Celle du côté droit, plus étendue, s'enfonce de quatre à cinq centimètres dans la tête du noyau caudé correspondant. Ni l'une, ni l'autre, n'atteint les fibres de la capsule interne. Les noyaux lenticulaires, les couches optiques, les capsules internes et externes ne présentent pas de lésions macroscopiques appréciables. Dans la protubérance et le bulbe pas de dégénérescence secondaire apparente.

La particularité la plus curieuse de cette observation est la très longue durée pendant laquelle a persisté le syndrome amnésique. Vingt-deux années ont passé, en effet, sans laisser aucune trace dans la mémoire du malade, et pendant cette longue période, l'état psychique est resté absolument stationnaire, aucun symptôme démentiel n'est apparu. Cette évolution si torpide est sans doute en rapport avec l'absence ou plutôt avec le peu d'intensité des lésions de méningo-encéphalite qui les rendait macroscopiquement imperceptibles. Notons aussi que l'amnésie rétrograde paraît, dans le cas présent, avoir été extrêmement minime et avoir porté tout au plus sur quelques journées immédiatement antérieures à l'ictus. Notons encore l'indifférence et l'inconscience habituelles chez ce malade, que nous n'avons trouvées aussi marquées dans aucune des observations précédentes, et qui sont sans doute en rapport ici avec un degré encore plus extrême d'amnésie de fixation et une perte totale du sentiment de la

durée. Quant à la curieuse lésion trouvée à l'autopsie, nous avons déjà dit quelle ingénieuse interprétation les auteurs en ont tirée. La spécificité de cette lésion est en tout cas rendue hasardeuse par son absence dans les autres cas cliniquement analogues.

Voici enfin l'observation du malade observé par M. Wallon et par nous-même à la consultation de M. le Docteur Nageotte :

OBSERVATION VI

A la fin du mois de mai 1922, nous vîmes arriver à la consultation externe de la Salpêtrière un jeune homme d'une trentaine d'années accompagné par deux de ses parents. Le malade, de tenue soignée, de physionomie soucieuse, se présenta à nous avec une grande correction. Il nous dit que depuis quelques jours il oubliait tout au fur et à mesure et que cette amnésie lui donnait de grandes inquiétudes. Dès le début de l'interrogatoire, en effet, nous pûmes constater une amnésie de fixation très marquée. Le malade avait oublié le chemin qu'il avait pris pour venir, le menu de son dernier repas, tout ce qu'il avait fait les jours précédents. Il ignorait le jour et le quantième du mois, et comme après le lui avoir dit, nous le lui redemandions, nous nous aperçûmes qu'en un instant il l'avait déjà oublié. En revanche, la mémoire des faits anciens semblait, au premier abord, conservée. Le malade se souvenait fort bien de son âge, de son adresse, des principaux événements de sa vie. L'intelligence, d'autre part, semblait tout à fait intacte. Le malade, au bout d'un instant, pria ses parents de le laisser seul avec nous, et il nous confia que peu de temps avant la guerre, il avait contracté la syphilis.

Nous le convoquâmes pour un des jours suivants dans notre service où son observation fut prise en détail.

M... est né à Varsovie en 1889. Il a donc actuellement 33 ans. Il est arrivé à Paris à quatorze ans, et depuis l'âge de dix-huit ans, il y exerce la profession de représentant de commerce. Il a contracté la syphilis en 1913 ou 14; il ne peut préciser. On lui a fait alors des injections intraveineuses pendant plusieurs semaines. Vers la

fin de la guerre, il a pris quelque temps des pilules de protoiodure de Hg. C'est là tout le traitement qu'il a reçu.

En 1916, il s'est engagé. Peu de temps après il est parti en Pologne. Démobilisé en 1919, il est revenu à Paris la même année, et il y a repris son métier de représentant.

Il y a trois semaines, donc au début de mai 1922, M... se trouvait dans une période de dépression, ce qui lui arrive souvent, surtout depuis qu'il est atteint de syphilis. Un matin, il s'est présenté chez sa sœur, l'air un peu égaré, eu disant qu'il revenait de voyage (ce qui était faux). Il est resté là trois jours sans vouloir manger, ni parler, puis il a paru revenir à son état normal, mais on s'est aperçu alors qu'il oubliait tout au fur et à mesure. On l'a envoyé huit jours à la campagne; il en est revenu physiquement amélioré, mais très amnésique. Au bout d'une semaine, on nous l'a amené, son état demeurant stationnaire.

En l'interrogeant, nous constatons que l'amnésie de fixation n'est pas absolue. M... se rappelle être venu une première fois nous consulter, ne sait pas au juste combien il y a de jours de cela. Il n'est pas sûr de reconnaître M. Wallon qui l'a examiné le premier, ni la salle de visite (qui n'est d'ailleurs pas la même). Il se souvient de nous avoir fait l'aveu de sa syphilis.

La notion de durée paraît assez bien conservée. M. ne sait plus quel jour il est venu pour la première fois, mais il sait qu'il n'y a pas plus de trois ou quatre jours. Il peut nous dire avec une approximation très suffisante qu'il est arrivé à l'hôpital voici une demi-heure et que nous l'interrogeons depuis dix minutes.

L'interrogatoire fait constater, contrairement à la première impression, un certain degré d'amnésie rétrograde. Comme le malade déclare avoir toujours lu avec attention les journaux et s'être occupé des questions politiques, on l'interroge sur les principaux événements des dernières années. Qui était président du conseil en 1919 ? M... propose Poincaré, puis Briand, déclare enfin qu'il ne sait pas. Comme on lui nomme Clémenceau, il retrouve aussitôt sur lui des souvenirs très nets « un homme actif, belliqueux, qui se plaisait à renverser les ministères; c'est lui qui gouvernait au moment de la victoire ». Interrogé sur l'année 1920 et la présidence de Deschanel, M... semble

d'abord perdu, mais en insistant, et en le pressant de faire effort, on parvient à lui faire retrouver des souvenirs assez précis sur Deschanel et la malheureuse fin de sa carrière. Néanmoins, il se le rappelle plutôt comme président de la Chambre et à une période plus éloignée de nous. Ainsi, les souvenirs des deux ou trois dernières années paraissent très affaiblis par rapport aux souvenirs plus anciens.

Mais cette amnésie rétrograde est relativement peu importante par rapport à l'amnésie de fixation qu'accroît encore la fatigue de l'interrogatoire. Elle atteint au bout de quelque temps, un degré tel que M... oublie plusieurs fois la question qu'on lui pose avant d'y avoir répondu. Comme nous lui demandons la date d'un voyage en Italie dont il nous parle, il réfléchit et oublie, entre temps, ce dont il s'agit. Il veut prendre notre question par écrit pour y répondre à loisir, mais avant d'avoir pu en prendre note il l'a déjà oubliée.

Autant qu'on en peut juger chez un homme dont on ne connaît pas les capacités mentales anciennes, l'intelligence paraît remarquablement respectée. M... s'exprime fort bien, avec une volubilité un peu anxieuse. Il fait des efforts méthodiques pour retrouver ses souvenirs, bien qu'il ait comme une croyance *a priori* à son impuissance. Sa politesse, la parfaite conscience qu'il a de sa pénible situation, l'aisance et la justesse avec lesquelles il s'entretient des questions économiques ou sociales qui l'intéressent forment un contraste saisissant avec l'étendue des troubles de sa mémoire.

M... n'a pas de trouble appréciable de la parole. Ses réflexes tendineux sont forts.

Ses pupilles sont inégales et complètement insensibles à la lumière. Pas de signe de Babinski.

On fait à M... une prise de sang et une ponction lombaire. Le Wassermann est + dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, où l'on trouve 21 lymphocytes et 0 gr. 40 d'albumine.

On commence une série d'injections intraveineuses de Néo-Salvarsan.

Depuis cette date jusqu'à la fin du mois d'août, M... est venu régulièrement à notre consultation et nous avons poursuivi son examen à de nombreuses reprises. D'abord accompagné par des personnes

de sa famille, il parvint bientôt à venir seul. Il avait noté une fois pour toutes l'itinéraire qu'il devait suivre en Métro, sur un papier qu'il portait sur lui; en le consultant, il arrivait jusqu'à Sait-Marcel et de là, il retrouvait facilement son chemin quoiqu'il ne fût jamais venu à la Salpêtrière avant sa maladie. La désorientation dans l'espace était donc minime chez lui.

Nous avons cherché par diverses expériences à mesurer l'étendue de son amnésie.

Ainsi, à la fin d'une séance, nous donnons à retenir à M... un nom que nous lui faisons répéter plusieurs fois : Victor Hugo. Trois jours après, en arrivant à la consultation, M... a totalement oublié la leçon que nous lui avons confiée. On lui redit encore le nom de Victor Hugo qu'il répète et cherche à graver dans sa mémoire avec sa bonne volonté habituelle. Au bout d'une heure, se présentant devant nous, il a de nouveau tout oublié. Sur nos instances cependant, il parvient à se rappeler, avec beaucoup de doute, que nous lui avions donné quelque chose à retenir. Devant son impuissance à préciser, nous lui disons qu'il s'agit du nom d'un poète. Il réfléchit, propose George Sand, puis immédiatement après Victor Hugo.

Nous lui donnons à retenir, une autre fois, le mot buvard. A la séance suivante, il parvient à retrouver ce mot, mais seulement après que nous lui avons dit qu'il s'agit d'un des objets placés devant lui sur la table.

M... est soumis ensuite à une autre espèce d'épreuve; on lui fait lire dans un journal un court fait-divers et on le remet, deux ou trois jours plus tard, en présence du même article. Chaque fois qu'on le soumet à cette épreuve, M... éprouve, devant l'article déjà lu, une impression de réminiscence. Le plus souvent, il se rappelle vaguement les faits en question sans pouvoir dire où il en a entendu parler; parfois cependant, son souvenir est plus précis, il se souvient d'avoir lu l'article avec nous. Il n'a jamais de fausse réminiscence devant un article qu'on lui présente pour la première fois. Mais si on lui demande de rendre compte de ce qu'il vient de lire, il paraît avoir tout oublié, même au bout de quelques instants seulement.

On donne à retenir à M... une série formée de deux mots, soit pendule et balancier. Au bout de cinq minutes et même moins, il

est incapable de se rappeler aucun des deux termes de la série. Mais si nous lui répétons alors le premier, il retrouve spontanément et aussitôt le second. Le mot pendule évoque le mot balancier, et inversement. Cette épreuve peut être répétée avec succès au bout d'un délai assez long, plusieurs heures et même deux jours. Pourtant si l'on donne à retenir à M... une série comprenant non plus deux mais trois ou quatre termes, le résultat est beaucoup moins bon, et le premier terme n'entraîne plus l'évocation de la série.

La mémoire visuelle paraît assez peu atteinte. On montre à M... de petits dessins géométriques de formes simples, puis on les cache et on lui demande de les reproduire; il réussit assez bien.

La recherche de la mémoire des sons nous amène à constater chez M... une illusion mnémique plus plaisante sans doute que caractéristique. M... n'est pas du tout musicien, et le nombre des morceaux qu'il connaît est très limité. Comme nous lui demandons de chanter un air quelconque, il déclare qu'il va chanter la Marseillaise et entonne... la Madelon. On l'interrompt : « Voyons, recommencez », il recommence la Madelon. On l'arrête et on chante devant lui le commencement de la Marseillaise. Il écoute et dit : « Sans doute, c'est ce que je viens de chanter », et à son tour, il chante correctement l'air de la Marseillaise : « Pourquoi donc chantiez-vous la Madelon tout à l'heure ? » Il n'en croit rien, rit, et devant nos affirmations, suppose que nous voulons le mystifier.

Les souvenirs scolaires paraissent altérés pour certaines parties. L'analyse d'un texte est extrêmement pénible. Le calcul mental est facile et rapide pour les quatre opérations. Le calcul écrit est beaucoup plus difficile. M... semble perdu en face des chiffres : on peut vérifier que chaque partie du mécanisme de l'opération lui est connue, mais abandonné à lui-même, il semble incapable de se la rappeler et de l'employer au moment opportun. Devant une simple soustraction de nombres de deux chiffres il reste court ou cherche le résultat de tête. Néanmoins, en le pressant beaucoup, on arrive à lui faire faire l'opération. Les notions élémentaires d'histoires et de géographie paraissent conservées, quoique M... ait la plus grande difficulté à les évoquer.

Après une dose de 8 grammes environ de Néo intraveineux, le

Wassermann dans le sang est toujours fortement positif vers la fin du mois d'août.

Le 20 septembre, à 10 heures du matin, M... est pris subitement d'un ictus épileptiforme, avec perte de connaissance, convulsions, émission d'urines. Il présente au cours de la journée six crises semblables. On l'envoie à Lariboisière, où il se montre très agité. Une ponction lombaire qu'on lui fait alors donne les résultats suivants : Lymphocytes : 31; albumine : 0,56; réaction au benjoin +. De Lariboisière il est envoyé à Sainte-Anne où je le vois le 14 octobre. Il me reconnaît immédiatement. La mémoire paraît encore diminuée et la notion de durée très atteinte. M... croit être malade depuis seulement deux mois, il ignore absolument la cause de son entrée à l'hospice, et s' imagine avoir été hospitalisé dans notre service avant d'arriver ici, son séjour à Lariboisière se confondant dans son esprit avec les visites qu'il nous faisait auparavant. Il se plaint toujours de sa mémoire, et se rend compte qu'il oublie et confond ses souvenirs. Il montre par ailleurs une insouciance singulière de son internement à Sainte-Anne et des délinquants qui l'entourent. Interrogé à ce sujet, il déclare qu'il se résigne à son séjour à l'asile dans l'espoir de se guérir. Ses réponses n'indiquent aucun ennui et paraissent même légèrement euphoriques. Il me demande si je le trouve mieux, et n'a visiblement pas conscience de l'aggravation de son état.

Au cours du mois de novembre, M... est envoyé de Sainte-Anne à Ville-Evrard, où je vais le voir le 5 décembre dans le service de M. le Docteur Guiraud.

Son état paraît nettement amélioré depuis le mois d'octobre, et est redevenu sensiblement le même qu'avant les ictus. Toujours très amnésique, il me remercie à cinq ou six reprises différentes en quelques minutes avec des termes presque identiques et toujours avec l'illusion manifeste de le faire pour la première fois, de la peine que j'ai prise pour apprendre sa nouvelle résidence et pour venir le voir ici.

L'amnésie est toujours à peu près la même. M... se rend parfaitement compte de son amnésie, il a même toujours tendance à considérer comme perdus des souvenirs qu'il parvient à retrouver en faisant effort. Il se montre soucieux de son état et se demande comment

ses frères pourront continuer leur travail sans lui qui s'occupait de la représentation de la maison. Toujours correct et poli, il suit l'interrogatoire avec aisance. Cependant il paraît supporter avec une grande facilité la vie monotone et vide de l'asile où il se promène tout le jour sans chercher ni occupation utile ni divertissement.

Il n'existe toujours aucun trouble de la parole.

Mars 1923. L'état de M... est légèrement modifié. Son amnésie n'est pas accrue; elle serait peut-être un peu améliorée; il a lu les journaux de ces derniers jours, peut rapporter les principaux événements. Mais il oublie toujours très vite tout ce qu'il vient de dire ou de faire.

Cependant son caractère semble devenir plus irritable; il reproche avec persistance à ses frères de l'avoir fait enlever par surprise pour le faire enfermer. Son champ intellectuel est d'ailleurs fort rétréci; il tourne sans cesse dans un cercle d'idées très restreint. Pendant son entretien avec nous, il présente un embarras de la parole assez marqué.

Nous voulons d'abord faire une remarque à propos des dernières modifications survenues dans l'état de notre malade. Il est incontestable que son changement de caractère, les achoppements de sa parole sont de nature à faire craindre une évolution démentielle. Mais le rétrécissement du champ intellectuel, la monotonie des discours, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ne nous paraissent pas suffisants pour diagnostiquer ici une déchéance mentale irrémédiable. Ces symptômes, qui paraissent en rapport avec l'amnésie continue, ont été constatés en effet dans bien des cas de psychose polynévritique, maladie passagère et curable, en particulier dans plusieurs observations de Korsakoff, ce qui nous semble prouver que leur présence, chez un amnésique, ne peut être considérée comme prémonitoire de la démence.

Nous voyons que le syndrome amnésique, tel qu'il se présentait ici pendant la période sur laquelle ont porté nos observations, affecte de grandes ressemblances avec ce que nous avons vu dans les cas précédents; il existe cependant une différence assez sensible. L'amnésie de notre malade paraît avoir été moins

profonde, moins définitive et semble avoir consisté surtout dans une difficulté extrême à évoquer les souvenirs. Nous avons vu que lors de chaque épreuve, il paraissait avoir perdu complètement le souvenir qu'on avait essayé de graver dans sa mémoire. Mais si l'on insistait, si on limitait par une indication le champ de ses recherches, si on lui fournissait un repère lié au souvenir en question par une association antérieure, ses efforts étaient le plus souvent suivis de succès. C'est ainsi qu'une série de deux mots lui ayant été donnée à retenir, et paraissant oubliée tout à fait, il suffisait de lui rappeler le premier terme pour que le second fût retrouvé spontanément et aussitôt. C'est ainsi que les souvenirs des deux ou trois dernières années, qui au premier abord semblaient complètement disparus, réapparaissaient peu à peu dans la conscience du malade lorsqu'on insistait et qu'on le mettait sur la bonne voie. Il n'y a donc dans ce cas, en réalité, ni disparition des souvenirs anciens, ni défaut de fixation des images actuelles. Mais le malade ne peut les évoquer spontanément. Il paraît incapable de se reporter dans le passé, d'animer au moment voulu sa mémoire, d'utiliser aucun souvenir, qui dès l'instant où il est enregistré, devient pour lui tout à fait inaccessible.

Dans les cas dont nous venons de voir précédemment les observations, il semble bien que l'amnésie ait été rebelle à tous ces procédés d'évocation employés avec notre malade, et qu'il était impossible de susciter les souvenirs défaillants de quelque façon que ce soit, de sorte qu'on ne peut dire si l'amnésie continue était due à un trouble de fixation ou un trouble d'évocation. Chez la plupart de ces malades, il existe cependant un contraste assez étonnant entre leur ignorance de ce qui les entoure, le caractère de nouveauté que paraissent présenter pour eux toutes choses et la facilité avec laquelle ils adoptent la vie de l'asile, obéissent aux surveillants, acceptent les interrogatoires du médecin. M. Chaslin avait déjà été frappé par cette discordance : « Le malade, remarque-t-il, a l'air de s'habituer au service, de s'attendre à être interrogé comme si des souvenirs inconscients agissaient dans une certaine mesure. »

— « Il est curieux, remarque encore M. Chaslin, de noter qu'un trouble aussi profond de la mémoire, une désorientation dans le temps et l'espace aussi grande, puissent coexister avec une intégrité intellectuelle frappante et une conduite correcte comme si certains faits en apparence non emmagasinés, étaient en réalité utilisés. » Il se peut que dans ces cas aussi, les images nouvelles soient bien en réalité fixées et utilisées d'une manière inconsciente, et que seule l'évocation des souvenirs, le libre accès aux choses de leur passé soient impossibles aux malades.

Il nous reste maintenant à passer en revue les quelques cas mixtes dont nous avons déjà signalé l'existence, où un syndrome amnésique très semblable se trouvait associé à divers autres signes qui appartiennent d'ordinaire au syndrome de Korsakoff ou à la démence paralytique.

Bien peu différente encore des observations précédentes, voici d'abord une observation dont M. Wallon a bien voulu nous fournir les éléments, et qui se rapporte à un de ses malades, en traitement à l'asile de Tours en 1919.

OBSERVATION VII

D... a été interné pour la première fois en août 1918. Son certificat d'entrée portait comme diagnostic : paralysie générale à la période d'état. Le 8 août, il est amené à une heure du matin par la police. Il aurait, dans un moment d'agitation, ouvert une fenêtre avec l'intention de se précipiter. Le lendemain matin, se montre très agité et très violent pour l'entourage. Doit être camisolé. Il est absent, impossible à fixer. Verbigération continue et incohérente. Voix tremblée. Achoppements. Réflexes tendineux exagérés. Pupilles inégales. On apprend que depuis deux ans le malade était soigné à son domicile au Néo-Salvarsan.

Sort le 12 septembre à la suite d'une légère rémission.

Interné une seconde fois le 4 janvier 1919, à la suite d'un ictus avec crises convulsives faciales.

Dès l'entrée du malade dans le service, on constate un syndrome d'amnésie de fixation.

D... n'a aucune idée délirante, garde une certaine conscience de sa situation, bien qu'il affirme sans cesse être guéri, avoir sa mémoire entièrement rétablie. Mais c'est le désir de sortir qui lui fait sans cesse faire étalage de ses souvenirs anciens. Il se fait d'ailleurs de grandes illusions sur sa capacité, parle sans cesse de sa clientèle nombreuse qui l'attend et de la nécessité où il est de gagner la vie des siens. Sa mémoire de fixation complètement abolie, contraste avec l'espèce d'activité intellectuelle qu'entretient sans discontinuer son désir de sortir. Il écrit sans cesse des lettres au médecin et à sa femme qui vient le voir presque tous les jours. Ses lettres ne sont pas absurdes. Il y parle quelquefois des provisions qui lui sont apportées, il calcule de combien elles dépassent ses besoins et pour combien de jours il peut en avoir. Il est donc capable de raisonner dans l'actuel, mais le passé s'abolit pour lui presque immédiatement.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'état de D... est sensiblement le même. Comme on lui demande depuis combien de temps il est à l'asile, il déclare qu'il y est entré sur sa demande, il y a trois mois et demi au moins. On lui fait alors calculer qu'il est ici depuis quatorze jours et il le reconnaît. Mais quelques instants après, il se déclare guéri depuis plus d'un mois, il dit n'être pas venu dans le bureau du médecin depuis trois semaines, et comme on lui fait observer qu'à cette date il n'était pas ici, il se met à rire d'un air incrédule. La rectification qu'on vient de lui faire est déjà complètement oubliée. Ramené aux termes du problème, il fait des hypothèses vraisemblables, mais quand il se laisse aller à son sentiment de la durée, le temps, pour lui, s'allonge énormément. Il le reconnaît d'ailleurs et l'explique à sa manière : « Il me semble qu'il y a une éternité que je suis ici. C'est parce que je suis ennuyé de savoir ma femme malade et à l'idée qu'il y a de nombreux, nombreux, nombreux, je pourrais dire à perpétuité de nombreux clients qui attendent pour me faire réparer leurs lunettes. J'ai six-mille clients. »

A la fin de janvier, le malade continue à ne garder aucun souvenir des faits récents. Il a seulement la notion qu'ils sont possibles. Il est possible qu'il ait fait ou dit ceci ou cela. Sur les questions de temps, il est très attentif à ne pas se couper. Il essaie de répondre

par gestes et par phrases évasives. En s'aidant de vraisemblance, il arrive d'ailleurs à faire des estimations assez justes.

Si M. Wallon passe plusieurs fois dans le préau à quelques minutes d'intervalle, il se précipite chaque fois à sa rencontre, sans se souvenir qu'il l'a vu un instant auparavant. Il redemande chaque fois sa sortie en mettant en avant la même parade de souvenirs destinée à montrer que sa mémoire est intacte. Comme on lui fait observer son inadvertance, il note sur un carnet la date, l'heure, une particularité de sa dernière entrevue avec le médecin, et recourt à son carnet dès qu'il le revoit.

Il présente cependant dans sa conduite certains stigmates démentiels : il mange avec gloutonnerie et en mangeant, bave par les commissures.

M. Wallon a dû malheureusement abandonner le malade sur ces entrefaites, de sorte que les renseignements nous manquent sur sa destinée ultérieure. Quoiqu'il en soit, voilà un malade que son agitation délirante et ses troubles de la parole avaient, lors de sa première admission à l'asile, fait considérer d'emblée comme un dément paralytique. Mais ces symptômes avaient disparu un mois plus tard, lorsqu'à la suite d'un ictus il fut frappé d'amnésie. D'autre part, suivant l'impression de M. Wallon lui-même, le malade ne présentait pas non plus l'affaiblissement intellectuel, l'inconscience, l'indifférence habituelle aux paralytiques généraux. Témoin la véritable ingéniosité qu'il déployait pour dissimuler cette amnésie dont il se rendait compte. Nous voilà donc bien près de notre syndrome amnésique habituel. Néanmoins, l'ébauche de délire ambitieux que révélaient nettement certains propos du malade, ses allures plutôt excitées, les signes démentiels qui apparaissaient à certains de ses actes, établissent une différence indiscutable entre cette forme et le type clinique que nous avons rencontré jusqu'ici. Notons encore en passant, comme une particularité tout à fait spéciale à ce malade, le trouble curieux que présentait chez lui le sentiment de la durée. On pourrait croire *a priori* que l'amnésie continue doit produire chez ceux qui en sont atteints, une sous-estimation du temps; c'est ce qui se produisait en effet chez le malade de

MM. Mabille et Pitres sur qui vingt-deux années ont passé plus brèves que des heures, et à un moindre degré chez les deux malades que nous avons observés personnellement. Or, pour le malade de M. Wallon, au contraire, le temps semblait s'allonger énormément, et malgré ses efforts pour ne pas se tromper, il sur-estimait sans cesse toutes les durées passées. Ces conséquences si diverses chez plusieurs sujets d'une amnésie très semblable montrent bien avec quelle prudence il faut interpréter les phénomènes psychologiques.

Voici l'observation de la malade que M. Chaslin a bien voulu nous signaler, et dont nous avons pris l'observation dans son service à la fin de l'année dernière.

OBSERVATION VIII

Il s'agit de Mlle X... âgée actuellement de 43 ans. Elle est entrée dans les hôpitaux comme infirmière en 1905, puis a fait ses études de sage-femme; elle est sage-femme en titre depuis 1913.

Elle est atteinte de grippe à la fin de 1918 et reprend son service en janvier 1919.

Peu de temps après, on remarque qu'elle s'isole, ne parle pas, prie dans un coin avec un chapelet. D'après sa famille, elle ne reconnaît plus les personnes, paraît ne pas savoir où elle est; en même temps, elle se fait des reproches : « Je suis une criminelle, j'ai tué des femmes et des enfants, j'ai manqué de science professionnelle. » A des idées de suicide. Veut se jeter par la fenêtre.

En avril 1919, internée un mois environ dans le service de M. Chaslin. Rapidement, l'état de dépression s'améliore; la malade sort et reprend ses fonctions.

En décembre 1920, nouvel accès de mélancolie. Entre dans le service de M. Ségla. Stupeur, mutisme, agitation, refuse de se lever, de manger.

Au bout de quelques jours, devient plus manifestement anxieuse. Se cache la tête dans ses mains. Soupire. Se reproche de nouveau des fautes professionnelles. Dit sa situation perdue.

Quelques jours après, redevient calme et lucide. Cependant apparaissait un ptosis à l'œil droit.

On apprend que la malade a contracté la syphilis il y a vingt ans.

Les pupilles sont irrégulières et insensibles à la lumière. Les réflexes tendineux sont abolis. Pas de signe de Romberg.

En juin 1921, placée à Maison-Blanche pour accès maniaque typique, paraît-ll.

En juillet 1921, ramenée par ses parents dans le service de M. Séglias. Confusion des idées et des souvenirs, propos incohérents, embarras de la parole.

Air stupidement souriant. Répète les questions posées sans paraître les comprendre. Prononce à plusieurs reprises quelques phrases ayant trait à sa sortie : « J'en ai assez de la Maison-Blanche. J'aimerais mieux retourner chez moi. »

En juillet et août, se montre turbulente la nuit. Néglige entièrement sa toilette. Reste égarée, désorientée. Se perd dans le service. Sa mémoire paraît complètement abolie.

Dans les premiers jours de septembre, l'état s'améliore. La malade retrouve un grand nombre de souvenirs, notamment ceux se rapportant à son ancien service. Le séjour à Maison-Blanche reste pourtant oublié tout à fait. La malade montre un jugement assez sain à propos d'un certain nombre de sujets auxquels elle revient toujours. « La vie est difficile, ses parents sont âgés, elle n'a pas pu se marier à cause des deux enfants de sa sœur qu'elle a recueillis. » Elle tourne toujours dans le même cercle d'idées.

Dès le début de 1922, on constate un trouble considérable dans la fixation des souvenirs. La malade ignore le jour où l'on est, ne peut dire depuis combien de temps elle n'a pas vu le médecin ou ses parents. Cependant, elle peut réciter des vers qu'elle a composés pendant la guerre. Réclame sa sortie pour aller soigner ses parents.

Très souvent, elle répète les mêmes phrases sans rien y changer : « Dans mon service, nous faisions trente-six heures de garde tous les trois jours, et il fallait nous déranger la nuit s'il arrivait quelque chose. »

En avril, un soir, après une heure de sommeil environ, se relève comme s'il était jour et s'apprête à s'habiller. Depuis lors, commet cette erreur très souvent.

En mai, est prise d'un léger ictus avec perte de connaissance pendant quelques secondes. Depuis lors, présente fréquemment des vertiges très semblables aux vertiges comitiaux d'après le personnel.

L'amnésie de fixation persiste très intense. La malade venant d'entendre un de ses airs favoris au phonographe, le réclame en se plaignant de ne pas l'avoir entendu depuis longtemps. Elle oublie les visites de ses parents immédiatement après qu'ils l'ont quittée; oublie sa place à table. Croit être à l'hôpital depuis seulement un mois. Réclame constamment sa sortie.

Voici le résultat de plusieurs examens de la malade faits vers la fin de 1922.

La malade se présente correctement; mais elle reste comme absorbée, et très peu attentive; il faut une certaine insistance pour lui faire suivre l'entretien.

L'amnésie de fixation est extrême; la malade est désorientée dans le temps et la notion de durée est très altérée chez elle. Elle croit ne pas m'avoir vu depuis cinq ou six jours alors que je l'ai examinée la veille. Elle croit n'être à l'asile que depuis un mois alors qu'elle y est entrée en juillet 1921.

Elle ne peut dire en quel mois nous sommes; elle remarque cependant qu'il n'y a plus de feuilles aux arbres, et que par conséquent, on doit être en hiver. Elle ne peut dire non plus le jour, mais, déclare-t-elle, seul le jour de sa sortie l'intéresse.

On lui fait faire les épreuves suivantes pour apprécier le degré de son amnésie de fixation :

On lui donne à retenir le mot chaise. Au bout de deux minutes, la malade ne se souvient plus de rien, mais on lui dit qu'elle avait à retenir le nom d'un objet dans la pièce, et elle retrouve immédiatement le mot chaise.

On lui donne à retenir une série de deux mots : fenêtre, vitre. La malade oublie les deux mots au bout de quelques instants, mais si on lui rappelle un des termes, elle retrouve l'autre immédiatement.

On fait lire à la malade un fait-divers relatant la chute d'un rocher sur une voie ferrée ayant produit un déraillement. La lecture est bonne sans achoppements; la malade résume l'article après l'avoir lu. Au bout de quelques instants, elle a oublié la lecture et l'article; mais on lui dit qu'il s'agit d'un rocher, et aussitôt elle complète le fait-divers.

Interrogée sur ses souvenirs professionnels, acquis à une époque relativement tardive, trente-deux ans, elle répond bien, sans commettre d'erreurs.

Interrogée sur sa vie, elle donne la date de sa naissance : 1879, raconte qu'elle est allée à l'école jusqu'à seize ans, a passé son brevet, est restée dans sa famille jusqu'en 1905, date à laquelle elle est entrée à Saint-Antoine. Les souvenirs portant sur cette période paraissent bien conservés et localisés.

Sur les années plus récentes, notamment celles de la guerre, les réponses de la malade sont beaucoup moins fermes; elles sont surtout irrégulières, en ce sens que la malade, après avoir donné une bonne réponse, répondra, cinq minutes après, à la même question, par une énorme erreur. Ainsi, après avoir donné 1914 comme date du début de la guerre, elle répondra, si on le lui redemande quelques instants après : 1910 ou 1925.

Interrogée sur l'histoire et la géographie, la malade mêle encore, d'un instant à l'autre, des réponses correctes et des absurdités.

Exemple : Quelle est la capitale de la Belgique ? — Odessa.

Et immédiatement après : Où est située Odessa ? — En Russie.

Son amnésie empêche de lui faire remarquer la contradiction. On lui fait prendre par écrit les demandes et réponses.

— Quel est le souverain français qui est mort sur l'échafaud ?

La malade écrit : « Je ne sais pas ».

— Comment est mort Louis XVI ? La malade écrit : « Sur l'échafaud ».

La malade est incapable de découvrir elle-même la contradiction qui existe entre ses deux réponses. Enfin, sur notre indication expresse, elle finit par l'apercevoir et la corrige, sans aucun émoi, d'ailleurs.

L'écriture est bonne, sans aucune faute, non tremblée. Le calcul mental est rapide et correct. La malade fait sans hésiter et correctement une multiplication de plusieurs chiffres; cependant, elle ne peut résoudre un problème facile.

Elle paraît avoir oublié en grande partie la topographie de Paris qu'elle connaissait bien. Elle paraît pouvoir encore se représenter d'une manière vague certaines places et rues avec lesquelles elle se dit familière, mais elle ne peut ni décrire, ni nommer les monuments qui s'y trouvent. Interrogée sur divers itinéraires à travers Paris, elle fait quel-

ques bonnes réponses, mais la plupart du temps reste court et se tire alors d'affaire par cette réponse invariable : « Il faut prendre par les boulevards ».

On lui montre de petits dessins géométriques et après les avoir cachés, on lui demande de les reproduire; elle réussit assez bien.

On lui demande de chanter des airs qu'elle connaît. Elle chante plusieurs airs de Mignon, Carmen, les Noces de Jeannette. Elle détone souvent, mais l'allure générale des airs est conservée.

La malade ne se rend aucun compte du déficit de sa mémoire. Comme elle me demande si elle pourra sortir bientôt, je lui fais remarquer que son amnésie la gênera dans sa profession. Mais elle répond avec vivacité : « Oh! non, Monsieur, je ne me trompe pas dans mon travail ». J'essayé encore de lui faire saisir la gravité de ses oublis; elle garde un air indifférent et ne paraît pas comprendre.

Elle déclare lire beaucoup alors qu'on a remarqué depuis longtemps qu'elle a toujours les yeux sur la même page de son livre. J'en fais à haute voix la remarque devant elle. Elle ne la relève pas.

Mise en présence de tests absurdes (phrases et dessins) elle ne peut rien y découvrir d'anormal.

Dans la conversation, sur un certain nombre de sujets, elle tient des propos qui ne sont pas du tout dénués de raison. Elle explique bien les difficultés de sa profession; parle d'une façon très sensée de la situation difficile de ses parents, de l'avenir de ses neveux pour lesquels elle manifeste beaucoup d'attachement. L'embarras de la parole est fort peu marqué; cependant la malade est incapable de prononcer trois fois de suite et sans faute « Anticonstitutionnellement ».

Révué à la fin de Janvier 1923, dans le service de M. le Dr Vurpas, la malade présente des signes manifestes de déchéance psychique progressive. Elle est moins attentive encore, moins correcte qu'aux examens antérieurs. Elle réclame moins sa sortie, présente une tendance à l'euphorie absurde. A table, elle se tient mal, mange malproprement.

Les épreuves relatives à l'amnésie de fixation, faites antérieurement, sont reprises, et cette fois, n'aboutissent qu'à des échecs.

En Mars 1923, l'état de la malade est assez peu modifié; l'évolution vers la démence paraît cependant avoir progressé encore. La malade

ne reconnaît plus ses affaires; elle prend les vêtements, la nourriture de ses voisines. Les troubles très minimes de la parole ne paraissent pas avoir augmenté.

Il convient de remarquer dans cette observation : le début singulier de la maladie, c'est-à-dire les deux crises de dépression et l'accès maniaque par laquelle s'est manifestée d'abord l'action de la syphilis sur l'encéphale; puis la période de confusion qui s'en est suivie et d'où la malade est sortie avec cette amnésie à la fois rétrograde et continue, tout à fait semblable à l'amnésie que nous avons décrite précédemment; enfin, les nombreux signes d'affaiblissement psychique accompagnant cette amnésie. Nous avons vu en effet l'inconscience entière de son état dans laquelle demeure la malade, l'impossibilité où elle est de concevoir la gravité de ses oublis lorsqu'on les lui fait toucher du doigt et qu'elle les reconnaît elle-même, la déficience de son pouvoir d'attention, l'incohérence et les contradictions qui se manifestent dans ses réponses et qu'elle ne peut corriger spontanément même lorsqu'elle les voit écrites devant elle, et surtout le caractère démentiel d'un grand nombre de ses actes journaliers.

Nous avons vu aussi l'aggravation progressive qui s'est manifestée dans ces divers symptômes.

De cet ensemble clinique nous pouvons conclure qu'il s'agit d'une forme mixte, intermédiaire à la forme purement amnésique que nous connaissons, et à la déchéance psychique progressive, généralisée que produisent d'ordinaire les méningo-encéphalites diffuses. Il convient d'ailleurs de noter, chez cette malade, le degré extrêmement minime des troubles de la parole et de l'écriture, qui donne à sa démence un caractère un peu spécial.

Passons maintenant au cas, assez complexe aussi, décrit par MM. Vigouroux et Prince, comme « Amnésie de fixation chez un paralytique général :

OBSERVATION IX

Il s'agit, disent les auteurs, d'une variété curieuse d'amnésie de fixation avec fausses reconnaissances, telle qu'on la décrit dans la psy-

chose polynévritique de Korsakoff. Le malade n'avait cependant jamais présenté de polynévrite; il avait la plupart des signes physiques de la paralysie générale et l'autopsie ainsi que l'examen microscopique ont confirmé ce diagnostic.

S... âgé de 47 ans est entré à l'asile de Vaucluse, le 22 Octobre 1910; il y est mort le 9 Octobre 1911, à la suite d'attaques épileptiformes.

Parmi ses antécédents personnels, notons seulement qu'il contracta la syphilis à seize ans, et les fièvres paludéennes à vingt-deux ans en Tunisie. Jamais il ne fit d'excès alcooliques.

La maladie débuta en 1909 par des étourdissements, des maux de tête, et des troubles de la mémoire. Un jour il lui est arrivé de se perdre dans les rues de Paris.

A son entrée à l'asile, ce qui frappe particulièrement chez lui, c'est une amnésie de fixation complète, portant sur tous les faits qui se sont passés depuis le début de sa maladie, c'es-t-à-dire depuis deux ans. Il ignore ce qu'il a fait la veille et même un quart d'heure avant l'entretien actuel. Il ne sait pas comment il est venu à l'asile, ni quelle est la date du jour. Quand on l'interroge sur un événement de sa vie, survenu depuis deux ans, il répond : « Je ne m'en souviens pas, je préfère vous l'avouer plutôt que de répondre des inexactitudes. » Le malade a donc conscience de l'interruption de ses souvenirs; il cherche à y remédier en inscrivant sur un carnet certaines dates.

Préoccupé par cette amnésie, chaque jour à la visite, il fait la déclaration suivante : « Depuis ce matin, je vais beaucoup mieux; ma mémoire revient, et je demande ma sortie. »

Il existe en plus de nombreuses fausses reconnaissances. Aux personnes qui l'entourent, il attribue un état-civil déterminé; le surveillant est son boulanger, l'interne, son ancien patron de librairie, etc.

En poursuivant l'examen mental, on voit que les souvenirs anciens sont bien conservés et facilement évoqués; les facultés syllogistiques ne sont pas abolies et le malade fait des règles de trois élémentaires. Il suit avec attention l'interrogatoire et émet des réflexions judicieuses.

Il n'existe ni idées délirantes, ni hallucinations.

Pendant toute la durée du séjour à l'asile, cette amnésie de fixation consciente sans fabulation est restée stationnaire.

Le résultat de l'autopsie a été le suivant : « Macroscopiquement, l'hé-

misphère gauche présente en plus des adhérences méningées, une zone d'hémorragie interstitielle limitée à la substance grise corticale située au niveau des circonvolutions occipitales externes. L'examen histologique montre en plus toutes les lésions caractéristiques de la méningo-encéphalite inflammatoire diffuse: infiltration de la pie-mère, grosse périvasculairite, altérations cellulaires, etc. »

Nous voyons que ce malade, classé par M. Vigouroux comme paralytique général sans doute à cause des signes physiques qu'il présentait, ne paraissait nullement atteint d'un affaiblissement psychique généralisé, puisqu'il demeurerait capable en particulier de construire des raisonnements et de faire des problèmes. Son état mental, caractérisé par l'amnésie de fixation avec intégrité de l'intelligence semble avoir été très analogue à celui que nous avons décrit. Les fausses reconnaissances, cependant, constituent un symptôme nouveau; ces illusions de la mémoire, multiples et systématisées, puisque le malade attribuait constamment le même état-civil de fantaisie aux personnes qui l'entouraient, donnent à cette forme une physionomie très spéciale, et la rapprochent beaucoup du syndrome de Korsakoff.

Voici enfin le résumé d'une observation de M. Marchand intitulée : Amnésie de fixation et d'évocation chez un paralytique général. » :

OBSERVATION X

D... âgé de 42 ans, ex-lieutenant de cavalerie est interné à l'asile de Blois, le 8 Septembre 1904.

D... a eu la syphilis à l'âge de 23 ans; il s'est soigné sérieusement pendant plusieurs années.

Marié à 30 ans, il a eu une fille âgée actuellement de douze ans, et bien portante. Il a perdu sa femme après trois ans de mariage. Il est remarié depuis sept ans; n'a pas eu d'autres enfants.

D... s'est toujours livré à des excès de boisson; il était grand amateur d'apéritifs.

L'affection actuelle a débuté il y a deux ans par une attaque épileptiforme. Trois jours après, seconde crise; les attaques se renouvelèrent dans la suite tous les deux mois environ.

Les premiers troubles psychiques portaient sur la mémoire et le malade en avait conscience. Depuis le mois de Mars 1903, ces troubles mnésiques ont fait de rapides progrès. Dernièrement, le malade est sorti seul et s'est perdu; c'est à la suite de cet incident qu'il fut interné.

A son entrée à l'asile, on constate les troubles suivants : les réflexes patellaires sont très exagérés; pas de troubles de la sensibilité. La pupille gauche est paresseuse à la lumière, Pas de trouble de la parole, pas de tremblement de la langue et des extrémités; pas de signe de névrite périphérique, pas de signe de Babinski.

Au point de vue psychique, les troubles de la mémoire sont prédominants. D... ne peut donner la date de sa naissance, l'année actuelle. Il ne peut dire quel est son âge, ni depuis quand il est ici. Il lui est impossible de donner son adresse. Il sait qu'il a une fille, donne son nom, mais ne peut dire quel est son âge; il sait qu'il a contracté la syphilis au régiment; il ne peut dire s'il a encore des parents. Les notions les plus élémentaires de géographie, d'histoire, de calcul sont perdues. Le malade a conscience des troubles de sa mémoire et a des mouvements d'agacement à chaque question qu'on lui pose. Les noms des objets visuels sont évoqués facilement; pas de signe de surdité verbale.

Ces troubles profonds de la mémoire sont d'autant plus particuliers que le malade conserve un maintien correct, une physionomie intelligente. Le jugement est peu touché. D... nous demande de le guérir; il nous fait remarquer, qu'ayant perdu la mémoire, nous aurions à lui dire ce qu'il faut faire. A plusieurs reprises, il a voulu inscrire des dates sur un carnet, mais il perdait son carnet. Pas d'idées incohérentes, pas d'hallucinations.

D... suit depuis son entrée un traitement au mercure et à l'iodure de potassium.

21 Septembre : Crise convulsive au cours de laquelle le malade se luxé l'épaule gauche. Suspension du traitement mercuriel.

25 Octobre : Crise convulsive. Morsure de la langue à gauche.

18 Novembre : D... se plaint de violents maux de tête; il ne reconnaît pas le médecin; croit le voir chaque jour pour la première fois.

21 Février 1905 : Crise convulsive.

19 Mars : Le malade prend un jeune malade pour son enfant, lui donne le bras et veut l'emmener chez lui.

2 Août : Mêmes troubles de la mémoire. Illusion de fausse reconnaissance. D... demande à sortir; il dit que sa femme l'attend dehors avec une automobile; il croit qu'il lui est arrivé un accident.

11 Août : Il frappe à toutes les portes pour sortir, disant que sa mère et sa fille l'attendent chez le concierge.

1^{er} Septembre : D... se plaint toujours d'avoir la tête lourde; il ne reconnaît toujours pas le médecin; après le repas, il demande à retourner à table, en croyant n'avoir pas mangé.

18 Septembre : Il demande à sortir pour aller voir sa fille qui est dans un hôtel près d'ici; il l'attend depuis deux heures; elle est arrivée avec trois autres jeunes filles qui veulent se placer dans une pension de famille; ce sont ses filles adoptives. Pas d'embarras de la parole.

21 Septembre : Il dit qu'il va conduire sa fille à la gare pour la remettre entre les mains de sa mère; il reviendra déjeuner ensuite. Il ne peut dire le nom de la gare.

Février 1906 : D... conserve un maintien correct : sa physionomie est expressive; cependant il n'enregistre aucun souvenir : il vit avec ses sensations présentes et ses fausses interprétations. On lui fait lire un article de journal : il est incapable de dire, immédiatement après, ce qu'il vient de lire.

Fabulation : D... nous dit qu'il est monté à cheval ce matin; qu'il a fait de l'escrime; il est tombé d'une échelle. Pas d'embarras de la parole.

16 Mars : Le malade reste une partie de la matinée sans pouvoir articuler un mot (aphasie transitoire). Grincement des dents. Attaque épileptiforme l'après-midi.

5 Juillet : Il aperçoit un malade dans la cour et le prend pour son père. Comme il pleut, il lui crie : « Viens donc, papa, tu vas te mouiller. »

19 Août : Nouvelle crise d'aphasie transitoire. Agitation : il arrache tous les boutons de son paletot, il se nourrit malproprement.

28 Août : Le malade gâte. Parole articulée très difficile.

15 Septembre : Disparition du gâtisme. Embarras de la parole.

27 Octobre : Depuis quelques jours, amélioration notable de l'état intellectuel. Il écrit à sa mère, mais sans se rappeler son adresse; se rappelle au souvenir de son père mort, mais qu'il croit encore vivant.

Il dit que depuis deux mois qu'il est « dans cette maison de gens pas très consciencieux », il n'a peut-être mangé que 8 ou 10 fois. Ecriture tremblée. Fautes d'orthographe. Absence de nombreux mots.

1^{er} Novembre : Nouvelle crise d'aphasie durant plusieurs jours.

2 Février 1907 : Le malade est calme mais déchire son linge et ses vêtements.

12 Février : Attaque épileptiforme violente; reste deux heures dans le coma.

22 Février : Vertige suivi d'aphasie transitoire. Grincement des dents.

Après une année encore, au cours de laquelle il eut plusieurs fois des accidents épileptiformes, le malade présentant du gâtisme, de l'embaras de la parole, du grincement des dents, succomba le 4 Mars 1908, à la suite d'une attaque épileptiforme.

L'autopsie révéla des lésions de méningo-encéphalite diffuse subaigue prédominantes dans les régions frontales.

Dans ce dernier cas, comme nous le voyons, l'affection débuta par une amnésie continue et rétrograde extrêmement étendue qui paraît avoir constitué pendant assez longtemps l'unique symptôme de la maladie, puis, après plusieurs semaines de séjour à l'asile, le malade se mit à faire de fausses reconnaissances; puis un peu plus tard encore, à fabuler, déformant le passé d'une façon fantaisiste et forgeant des faits imaginaires auxquels il voulait conformer sa conduite (cherchant à sortir, par exemple, pour voir sa femme qu'il disait arrivée en automobile). Ces constructions imaginaires qui paraissent avoir été assez pauvres et rares témoignent cependant d'un délire de rêve; et jointes à l'amnésie et aux fausses reconnaissances, elles donnent tout à fait l'impression d'un syndrome de Korsakoff. Nous voyons qu'ensuite, tandis que les précédents symptômes s'atténuaient, à l'exception de l'amnésie, apparurent progressivement la plupart des signes de la démence paralytique, embarras de la parole, agitation, grincement des dents, gâtisme qui allèrent en s'accroissant jusqu'à la mort du malade. Voici donc un syndrome d'abord purement amnésique qui s'est transformé ensuite en syndrome de Korsakoff, puis a évolué peu à peu vers la paralysie générale progressive; et ce cas

complexe montre mieux que tout autre les rapports étroits qui unissent ces diverses formes de méningo-encéphalite syphilitique.

CONCLUSIONS

Il existe une forme clinique de syphilis cérébrale caractérisée essentiellement par un trouble de la mémoire, avec intégrité presque entière des autres facultés psychiques; il s'agit d'une amnésie continue, s'opposant d'une manière presque absolue à l'acquisition des souvenirs nouveaux, à laquelle se joint la plupart du temps une amnésie rétrograde plus ou moins étendue. Ce syndrome paraît tout à fait exceptionnel en dehors de la syphilis cérébrale; il correspond à une variété de méningo-encéphalite diffuse qui semble très rebelle au traitement : il apparaît le plus souvent à la suite d'un ictus et persiste parfois fort longtemps sans changement appréciable, jusqu'à ce que le malade succombe à la suite d'un état de mal ou d'une affection intercurrente. Cette forme se distingue de la psychose de Korsakoff par l'absence de dysmnésie et de fabulation : de la démence paralytique, dont le mode habituel d'amnésie est d'ailleurs bien différent, par la conservation chez le malade de la conscience de son état et l'absence d'affaiblissement psychique généralisé. Cependant dans certains cas atypiques, où divers symptômes accessoires viennent compliquer l'amnésie, ces distinctions peuvent être fort difficiles; entre ces deux derniers syndromes et la forme purement amnésique que nous venons de définir, il existe en effet des formes intermédiaires.

VU : *Le Doyen*

ROGER

VU : *Le Président de la Thèse*

CLAUDE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPEL

BIBLIOGRAPHIE

- Bénon.* — Les Amnésies. Gazette des Hôpitaux 1908.
- Bénon.* — Ictus amnésiques dans la P. G. Gazette des Hôpitaux 1908.
- Bénon.* — Traité clinique et médico-légal des Troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques. 1913.
- Bonnet.* — Tumeur cérébrale et syndrome de Korsakoff. Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale. 1912. (Il s'agit d'une gomme avec méningo-encéphalite).
- Bier-Vliet.* — La mémoire.
- Chancellay.* — Contribution à l'étude de la psychose polynévritique. 1900-01. Th. de Paris. (Contient un cas de syndrome de Korsakoff par méningite scléro-gommeuse observé par M. Trénel).
- Chaslin et Portocalis.* — Un cas de syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure. Journal de Psychologie normale et pathologique. 1908.
- Claude et Levy-Valensi.* — Sur un cas d'amnésie à prodromance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste. Encéphale février 1911.
- Claude et Quercy.* — Méningo-encéphalite syphilitique chronique et glandes endocrines. Encéphale. Octobre 1919.
- Dromard.* — Les amnésies.
- Fournier.* — La syphilis du cerveau.
- Garnier.* — Les amnésies. Bulletin médical 1905.
- Korsakoff.* — Sur une forme de maladie de la mémoire. Revue philosophique. 1889.
- Krapelin.* — Traité de psychiatrie. Tome II. Chapitre V. (Il décrit seulement le syndrome de Korsakoff comme une des formes cliniques de la pseudo-paralysie syphilitique).
- Jacquin.* — Les syphilis-psychoses. Thèse de Lyon 1898-99).
- Mabille et Pitres.* — Un cas d'amnésie de fixation post-apoplectique. Revue de Médecine. Avril 1913.
- Marchand.* — Amnésie de fixation et d'évocation chez un paralytique général. Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale. 1912.

- Meyer et Raake.* — Contribution à l'étude du syndrome de Korsakoff. Archiv für Psychiatrie. 1903.
- Roemheld.* — Syndrome de Korsakoff dans la syphilis cérébrale. Archiv für Psychiatrie. 1906.
- Séglas.* — Méningo-encéphalite syphilitique. Accidents épileptiques. Amnésie rétro-antérograde sans fabulation ni délire. L'Encéphale 1909.
- Sérieux et Mignot.* — Un cas d'amnésie rétro-antérograde post-traumatique (après pendaison). Journal de Psychologie normale et pathologique.
- Slépian.* — L'amnésie de fixation. Thèse de Paris. 1910-11.
- Sollier.* — Les troubles de la mémoire.
- Souques.* — Essai sur l'amnésie rétro-antérograde. Revue de Médecine 1892.
- Toulouse.* — Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral. Archives de Neurologie. 1894.
- Vigouroux.* — Amnésie de fixation chez un paralytique général. Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale. 1912.



